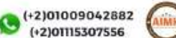


أمراض الأطفال النفسية وعلاجها







محمد خطاب




بسم الله الرحمن الرحيم


MOHAMED KHATAB

أمراض الأطفال النفسية وعلاجها

"علم نفس الأطفال المرضي"

الدكتور محمد قاسم عبد الله

دكتوراه في الصحة النفسية وعلم النفس الاكلينيكي
مدرس علم النفس والصحة النفسية
وكيل كلية التربية في جامعة حلب
عضو الجمعية الأوربية لعلم نفس الشخصية

دار المكتبي



الطبعة الثانية

1430هـ - 2009م



www.almaktabi.com

سورية ـ دمشق ـ حلبوني ـ جادة ابن سينا

ص. ب. ٣١٤٢٦ هاتف ٢٢٤٨٤٣٣ فاكس ٢٢٤٨٤٣٢

e-mail: almaktabi@mail.sy

المقدمة

يعتبر ميدان علم نفس الأطفال المرضي من أهم ميادين علم النفس والطب النفسي ، وهو في تطور مستمر ، ويبدو ذلك من خلال المجلات والدوريات العلمية المتخصصة والنتائج المتلاحقة التي يتم التوصل إليها وخاصة في الدول الغربية. ويعمل فيه عدد لا بأس به من المهتمين مثل علماء النفس والمعالجين النفسيين والأطباء والمربين ، والعاملين في ميدان الخدمة الاجتماعية ، وللتربية العامة والخاصة ، حيث يسعى هؤلاء إلى فهم مشكلات الأطفال النفسية وعلاجها. وقد نشر في السنوات الأخيرة كمّ هائل من المقالات والبحوث العلمية التي زادت من فهمنا لها.

إن مشكلات الطفولة واضطرابات الأطفال النفسية تشمل عدداً كبيراً منها ، وتتفاوت في شدتها ، بحيث يتطلب بعضها معالجة نفسية متخصصة (الاضطرابات الشديدة) وبعضها الآخر يمكن مواجهته من قبل الأهل والمربين الذين يزعجهم وجود تلك المشكلات لدى أطفالهم.

يبحث هذا الكتاب في هذه المشكلات والاضطرابات بدءاً من الخفيفة (مثل القلق ، والعدوان ، والسرقة ، وفرط النشاط ، والكوابيس الليلية ، والانسحاب ، والعزلة والعناد أو عدم الطاعة ، وقضم الأظافر ، ومص الإبهام ، والتبول اللاإرادي) إلى المشكلات والاضطرابات متوسطة الشدة (مثل الاكتئاب ، وضعف الانتباه ، والانطوائية وضعف الشهية والهزال...) إلى

الاضطرابات الشديدة (مثل التخلف العقلي والفصام والتوحد أو الانغلاق على الذات ، وصعوبات التعلم) وكذلك الاضطرابات السيكوسومائية أو الجسمية ـ النفسية المنشأ مثل الربو والاضطرابات الحركية والجسمية المظهر). . .

لقد تم التركيز في هذا الكتاب على عوامل هذه الاضطرابات وكيفية معالجتها ، معتمداً في ذلك على أحدث الاتجاهات العلمية مثل السلوكية والمعرفية ، مع عدم إغفال التحليل النفسي ، وذلك كله بالاستناد إلى أحدث النتائج العلمية التي تم التوصل إليها. وقد تم تأليفه مع الأخذ بعين الاعتبار ، أن الذي سيقرؤه ليس فقط المتخصصون والمعالجون النفسيون والمربون ، بل الآباء والأهل والمعلمون والأشخاص في مراحل العمر المختلفة (الطفولة ، والمراهقة ، والرشد ، والشيخوخة). إضافة إلى أنه مرجع هام للمتخصصين من علماء النفس والأطباء النفسيين الذين سيجدون فيه مرجعاً هاماً وإجابة عن الكثير من التساؤلات التي ما نزال نحتاج لإجابات عنها.

لقد اعتمدت في تأليفه منهجاً علمياً يبدأ كل فصل فيه بمقدمة ثم يستعرض تعريف الاضطراب ووصفه ، ثم تشخيصه والمعيار العلمي المعتمد في الفحص والتشخيص والتقويم ، ثم نسبة انتشار الاضطراب وحدوثه ، ثم عوامله ، وأخيراً طرق المعالجة. وقد أفردت فصلاً خاصاً في نهايته للطرق المعاصرة في معالجة مشكلات الأطفال النفسية.

١٠/٧/٢٠٠٠ — د. محمد قاسم عبد الله

الفصل الأول
الأمراض النفسية في مرحلة الطفولة
«إطار تاريخي ، ونظري ومنهجي»

الحالات التالية مأخوذة من أضابير معالج نفسي متمرس:

١ ـ سارا ، فتاة نحيفة جداً ، وعمرها ستة عشرة سنة. وقدمت إلى المعالج النفسي عن طريق أهلها لأنها تعاني من فقدان وزن شديد. وقبل ستة أشهر من إحالتها إلى المعالج شعرت بأنها سمينة وغير جذابة فقررت أن تتبع نظاماً غذائياً يخفف من وزنها ، لقد بدأت بشكل معقول ومقبول حيث إنها تجنبت في البداية الحلوى ، وبعد ذلك تجنبت كل الكربوهيدرات. ولكن لم تشعر بتخفيف ملموس لوزنها ، ثم عملت على تجنب أكل النشويات واللحوم في نظامها الغذائي. وبعد ذلك امتدت إلى الفواكه. وفي الوقت الذي أحيلت فيه إلى المعالجة اقتصرت على تناول بضعة جزرات في اليوم فقط ، ثم تناقص وزنها من ١١٥ حتى أصبح ٨٥. وأصبحت تعاني من اضطراب في النوم بالإضافة إلى التهيج الدائم والاكتئاب. ثم انقطعت عنها الدورة الشهرية. وبغض النظر عن وزنها بقيت سارا تشعر بأنها سمينة وأنها بحاجة للريجيم. وإذا استمر نظام غذائها هكذا فإن ظروف حياتها ستصبح صعبة ومهددة لها.

٢ ـ أحضرت الأم ابنها سيمون إلى المعالج النفسي لأنها لم تعد تستطيع منعه من تبليل الفراش. وبالرغم من المداخلات العلاجية المتنوعة كالجوائز والمكافآت والتهديد إلا أنه لم يبلل فراشه سوى عدداً من الليالي خلال العشر سنوات الأخيرة ، كما أنه نادراً ما يبلل ثيابه خلال النهار أو حين يكون مع

أطفال آخرين. لقد بينت الفحوص أنه لا يوجد سبب عضوي للمشكلة. وكان سلوك سيمون سوياً في جميع النواحي الأخرى وكانت والدته تخفض من نوبات غضبه حين يكون عنيداً معارضاً.

٣ ـ لقد طلب والدا فيفيان النصيحة النفسية حين كانت ابنتهما تمر بخبرات غريبة ومتنوعة غالباً ما تأخذ شكل أصوات تسمعها. هذه الأصوات تقول لها كيف تطلق ألفاظاً بإيقاف الطيور عن الطيران وكيف تغير الطقس بمجرد تحريك يدها. بدأت فيفيان عبور الأبواب بالمقلوب أي رجوعاً لأنها ترى أن الشياطين يتسللون خلفها. لقد مكثت عمتها في مشفى الأمراض العقلية عدة أيام، كما أن والدتها قد اعتقدت بأن دماً غير طبيعي قد انتقل إلى ابنتها البالغة ثلاث عشرة سنة بالعدوى.

إن أي شخص غير مختص في علم النفس يمكنه التحقق من أن هؤلاء الأطفال الثلاثة يعانون مشكلات مختلفة. وأي أخصائي نفسي يأمل في إجراء مداخلة علاجية فعالة، عليه أن يكون قادراً على التمييز بينها، وأن يطبق برامج العلاج المناسبة لكل منها حسب حالة الطفل الخاصة والمميزة. إلا أن سارا وسيمون وفيفيان ليست سوى عينة صغيرة فقط من مشكلات واضطرابات متنوعة يمكن مشاهدتها في الممارسة العلاجية السريرية. وكما سنبين لاحقاً في هذا الكتاب، فإن علماء النفس العياديين المتخصصين في معالجة مشكلات الأطفال واضطراباتهم، عليهم مواجهة العديد من المشكلات السلوكية المتنوعة التي تطول قائمتها مع مرور الوقت. ومع أن أكثر الاضطرابات قد تمت معالجتها من قبل علماء النفس العيادي أو الإكلينيكي في هذا الكتاب، فإن اختلافهم يجعل من الصعب النظر إلى عملهم وعلاجهم في ضوء اتجاه واحد. لذلك فإن هذا البحث يقدم بناءً عاماً ولازماً للموضوعات اللاحقة.

ومع أنه من الواضح للباحثين، أن سارا وسيمون وفيفيان يعانون مشكلات متنوعة، إلا أنها لم تكن كذلك دوماً. فقد كان ينظر للاضطرابات النفسية على أنها نتيجة لقوى خارقة، وأحياناً يتم تجاهلها. إن القسم الأول من هذا الفصل ينظر إلى تاريخ علم النفس المرضي مع التركيز على مشكلات الأطفال. وسوف

يظهر أن الاتجاهات نحو المشكلات النفسية قد تغيرت بتغير المجتمعات ، وأن هذه الاتجاهات لها أهميتها في الاكتشافات العلمية والبحوث الهادفة إلى تشخيص مثل هذه الحالات وعلاجها.

بالرغم من أن التغيرات في الاتجاهات والقيم الاجتماعية تؤثر في الطريقة التي ننظر فيها للمشكلات النفسية ، فإن موضوع هذا الكتاب في دراسة الأمراض النفسية هو مشروع علمي ، والقسم الثاني من هذا الفصل سيهتم بنظريات الأمراض النفسية ، والثالث سيركز على كيفية تفاعل النظرية مع الممارسة لتوسيع فهمنا لأمراض الأطفال النفسية.

إن فهم سلوك الأطفال يتطلب وصف المستوى أو المراحل النمائية الخاصة بهم. ينمو الأطفال كعضويات ويتغير سلوكهم مع مرور الزمن. والسلوك الذي يناسب مرحلة ما لا يكون كذلك في مرحلة لاحقة ، فتبليل الفراش أقل خطورة في سن الرابعة منه في سن العاشرة. وسنبحث أهمية التغيرات النمائية في فصل لاحق.

هناك العديد من العوامل المسببة للسلوك المضطرب أو المشكلات النفسية. فمشكلة سيمون الخاصة بتبليل الفراش قد تكون كبيرة ونتيجة لضعف في التدريب ولكن الأمر ليس كذلك بالنسبة لحالة فيفيان التي قد تكون نتيجة تفاعل عوامل وراثية وبيئية تربوية. إن مشكلة سارا غالباً ما تكون نتيجة عدة عوامل بما فيها الهارمونية. إن القسم الأخير من هذا الفصل سيبحث في العوامل المسببة للأمراض النفسية عند الأطفال.

علم النفس المرضي من القديم حتى الآن (لمحة تاريخية):

يشبه العلم أي مسعى عقلي آخر ذي أهمية ، ينمو ويزدهر من خلال الوصف والقياس الدقيقين. إن الحالة العقلية للشخص عموماً ، واقع مختلف تماماً عن الوزن والطول وضغط الدم. وهذا صحيح ليس بسبب وجود فروق بين القياسات الجسمية والنفسية ، ولكن بسبب أن الصحة النفسية التي لا تشبه المكاييل والأوزان ذاتية ونسبية. يشير اليارد مثلاً إلى قيمة للطول يوافق عليها أي شخص لكونها محددة وكمية في حين ليس الأمر كذلك بالنسبة للأدوات

التشخيصية المستخدمة غالباً في علم النفس المرضي. وليس الأمر كما هو الحال في قراءة المقاييس والأطوال، فالأحكام على الصحة النفسية بالمحيط والسياق الذي يتم فيها إجراء ذلك فالسلوك الذي يكون سوياً في موقف ما، يكون شاذاً ومرضياً في موقف آخر. أما علاج الاضطرابات النفسية، فهو دالة ووظيفة على الاتجاهات الثقافية السائدة في المجتمع. ويستوضح هذا من خلال فحص تاريخ المرض العقلي وطرق علاجه.

علم النفس المرضي قبل القرن الثامن عشر:

إن ما يعرف حالياً بالمرض النفسي يمكن إيجاده في ما قبل التاريخ. (إن مصطلح المرض العقلي أو النفسي يستعمل هنا بشكل حيادي ليعني اضطرابات السلوك والمعرفة والوجدان أو الانفعال). إن الإنسان القديم لم يكن يميز بين المرض العضوي الجسمي والمرض النفسي أو العقلي، فكل الأمراض كان يعتقد بأنها تحدث بسبب الأرواح، وأن المرض العقلي يحدث نتيجة الأرواح التي توقف الدماغ وتكف عمله. فبالنسبة لهذه المرحلة قبل التاريخية كان الإنسان الذي يعاني من الانحرافات الحادة على أنها مرض عكس ما هو مصنف حالياً.

ومن طرق علاج أمراض الدماغ المقبولة في السابق ما يسمى التربنة Trepanning (وهي طريقة يتم فيها فتح الجمجمة لإخراج الأرواح الشريرة من الدماغ) وتشير الدلائل الأسطورية إلى أن بعض المرضى قد عاشوا بعد هذه العملية وأن المريض الذي عانى من ضغط شديد على جمجمته قد تحسنت حالته بعد هذا الإجراء أو العملية.

إن الاعتقاد بالشياطين أو القوى غير المرئية كان يتحدى الإنسان قبل ٤٠٠ قبل الميلاد. ومع مرور الزمن، فإن تطورات عظيمة في العلوم الإنسانية في الحضارتين اليونانية والرومانية قد حدثت، فقد اقترح أبقراط أن المرض العقلي ناتج عن خلل في الدماغ ويجب علاجه بالطرق نفسها لعلاج الأمراض الأخرى.

فعلاج الاسترخاء والطمأنة للأمراض العقلية كان مفضلاً عنده وعند

طلابه ، وقد اعتمدت كطرق علاجية بشكل موسع في المجتمعين اليوناني والروماني.

ومع أن الحضارة العربية استمرت في قبولها وموافقتها على تعاليم روما القديمة ، فإن العصور الوسطى أعادت فكرة الشياطين والأرواح إلى أوروبة. إن بحث العوامل التي كانت وراء التدهور الحضاري في تلك الفترة المظلمة يقع خارج نطاق هذا البحث. ومن المفيد أن نلاحظ أن انهيار النظام الاقتصادي والتجارة قد أدى إلى فقدان الاعتقاد والإيمان بالنظام الاجتماعي وإعادة الإحساس بالأمل والتفوق.

أما ما يتعلق بالمشكلات النفسية للأطفال ، فقد تم تجاهلها ، لأن مرحلة الأطفال كانت غريبة بالنسبة للأطباء في تلك القرون. وقد وصف آريس عام ١٩٦٢ كيف أن براعة الناس في العصور الوسطى (بالرسوم والفن والسير الذاتية) على أن الأطفال هم راشدون صغار يختلفون عن الراشدين الكبار في الحجم والطول والقوة. فلم يكن هناك ألعاب أو أدب خاص بالأطفال. ويعتبر آريس أن المعدل المرتفع للوفيات يجعل الوالدين حذرين وخائفين من أنهم سيلحقون أطفالهم أيضاً.

لا يوجد شك أن معدل وفيات الأطفال كان عالياً. ولكن ذلك ليس كل القضية ، فالأطفال كانوا يُستغلون باستمرار وبقي الأمر كذلك حتى عام ١٩٥٩ حيث وجدت الأمم المتحدة أن من الضروري سحب حقوق الإنسان لتشمل الأطفال أيضاً وليس مجرد الراشدين.

إن بداية القرن الثامن عشر ، قد شهد تقلص الاعتقاد بالأرواح الشريرة ، ولكن لسوء الحظ ، فإن ذلك لم يقد مباشرة إلى علاج متطور للمرض العقلي. حيث لا يزال المرضى يحجزون في أقبية ويساء معاملتهم. إن العلاج الإنساني بدأ يتطور تدريجياً في القرن الثامن عشر ، والسبب الأساسي في ذلك ، هو التقدم الثقافي والحضاري البطيء. بالرغم من أن هناك بعض الدول التي كان التقدم العلاجي والإنساني فيها يفوق المعدل بالنسبة لغيرها من الدول مثل الولايات المتحدة وفرنسا. وبالرغم من عدم وجود تطورات كبيرة في المعرفة

الطبية والنفسية ، فإن المناخ المتطور والمتغير لكلا الدولتين قد أدى إلى موقف جديد تجاه الأمراض النفسية. إن انتشار المبادىء الديمقراطية قد أدى إلى سحب هذه النظرة إلى المشافي لمعالجة المرضى العقليين وذلك لإعادتهم إلى حياتهم الطبيعية وتحملهم المسؤولية وفقاً لدعم وتقديم الخدمات الإنسانية والعلاجية لكل المواطنين. إن الثورات الفرنسية والأمريكية وانفصال الكنيسة عن الدولة ، كان مسؤولاً عن التغيرات الهامة في الاتجاه والموقف نحو علاج المرض النفسي.

لا يعني ذلك أن المهن الطبية لم تتغير نحو الأحسن. إن الأطباء في القرن الثامن عشر كانوا ما يزالون يعتقدون في الأساس العضوي للمرض النفسي. ومع نهاية هذا القرن فإن علم أسباب الأمراض العضوية قد تطور بسبب العديد من المشكلات السلوكية مثل الإدمان على الكحول والذهانات بأنواعها. وبالرغم من المحاولات الجادة لفهم الأساس العضوي للمرض العقلي ، فإنها لم تتضح في الكثير من الحالات ، مما أدى إلى استعمال مصطلح وظيفي للدلالة على الأمراض النفسية والذي يعني أنها ناتجة عن منشأ نفسي.

علم النفس المرضي في الوقت الحالي:

مع نهاية القرن الثامن عشر ، فإن دراسة مشكلات الطفولة بدأت تظهر بشكل حاد. ومع ذلك فالنتائج التي تحصل مباشرة مع زيادة الاهتمام بالأطفال، لم تكن كافية مقارنة بتلك المتعلقة بأمراض الراشدين النفسية. في الواقع لم يتحدد علم النفس المرضي للأطفال كتخصص مستقل في ميدان الصحة النفسية حتى السنوات الأخيرة (جراندر ١٩٧٦). إن دراسة علم أمراض الأطفال النفسية ، لم تكن جذوره في الطب النفسي وطب الأطفال ولكن في التربية وعلم النفس والعلوم الاجتماعية.

التربية: من المحتمل أن تعود بداية نشوء المرحلة الحديثة في مجال تربية الطفل إلى بستالوتزي (١٨٨٠). إن آراء بستالوتزي وروسو كان لها دورها في تطور فلسفة التربية وطرقها والتي ستنعكس آثارها في أفكار العديد من الفلاسفة المشهورين. لقد كان الهدف التربوي عند بستالوتزي هو مساعدة الأطفال في

تنمية قدراتهم الفطرية على الملاحظة والإدراك. ومن أجل ذلك شعرت بستالوتزي أن المنهاج يجب أن يتضمن ليس الآداب فقط وإنما الممارسة العملية والنشاط الذي يقوم به الأطفال أثناء العملية التربوية. وقد كان لهذه الآراء تأثيرها في الفكر التربوي لفروبل (١٩٠٣) هذا المفكر التربوي الذي اعتبر مؤسس رياض الأطفال والذي نجح في تطبيق الطرق المكتشفة حديثاً في تربية الأطفال الأعمر. إن السرعة التي انتشرت فيها فكرة رياض الأطفال كانت مدهشة. إن أكثر الممارسات التربوية ، قبل تلك الفكرة والأعمال ، قد نشأت من الاعتقاد بأن الأطفال لم يولدوا وهم مزودونَ بملكات ضرورية من أجل التعلم والنمو الأخلاقي وأن هذه الخصائص مطبوعة بقوة في ذهنهم ولا يمكن تغييرها. إن تغير الاتجاه نحو تربية الطفل قد عكس تغيرات في المجتمع بالدرجة التي حدثت فيها اكتشافات في مجال التربية. والتفاؤل حول الطبيعة الجوهرية للرجل قد نشأت في القرن التاسع عشر في أمريكا وأوروبة ، أدت إلى الأفكار الجديدة.

إن روضة الأطفال الأولى في الولايات المتحدة الأمريكية بدأت من قبل أليزابيت بي بودي في بوسطن عام ١٨٦٠ ، كما أن أول مدرسة عمومية للأطفال تأسست بعد ثلاث عشرة سنة من هذا التاريخ. ثم تتالت في الظهور حتى عمت أرجاء البلاد. إن إحدى النتائج المفيدة لتطور رياض الأطفال وطريقة بستالوتزي في التربية هي ما أدت إليه من إمكانية ودراسة الأطفال الأعمر والاهتمام بهم. إن البحث في سلوك الطفل يصبح هاماً لأن الكثير من المعلومات المطلوبة بحاجة إلى تصميم منهاج جديد ، ولأن الأطفال أصبحوا موضع اهتمام في حقوقهم. إن الأكثر تأثيراً من الأوائل في نمو الطفل هو هربرت (١٩٠١) الذي عرف بفكرة أن الأطفال يمرون بمراحل نمو لكل منها خصائص ومشكلات خاصة بها. وقد قوبلت هذه الفكرة باهتمام بالغ في مجال نمو الطفل. إن أثر المربين هو واحد من العوامل الرسمية في علم نفس الطفل الحديث. وكما ينظر إلى نمو الأطفال على أنه مهم ومثير للاهتمام ، فإن مشكلاتهم موضع اهتمام وذات أهمية كبيرة أيضاً.

التخلف العقلي: إن التأثير الهام الآخر في نمو ميدان علم نفس الأطفال المرضي ، هو الاهتمام المتزايد بالأطفال المتخلفين عقلياً. ومع أن التخلف العقلي ظاهرة محددة بدقة في كتابات المربين وعلماء النفس والطب النفسي إلا أنها لم تدخل مجال علم النفس كمشكلة سيكولوجية حتى القرن التاسع عشر (١٨٨٠) خاصة في فرنسا عندما وجد جان إيتارد الطفل «المتوحش» في الغابة والذي لم يكن قادراً على التواصل مع الناس. وقد حاول علماء النفس الفرنسيين تطبيق الأفكار التربوية الجديدة لإعادة تأهيل هذا الطفل «المتوحش البري». وقد قاد هذا العمل إلى مزيد من الاهتمام بالأطفال البلهاء «Idiots» من المتخلفين عقلياً وقد كان مركز ذلك الاهتمام بالطفل في مشفى باريس المشهور بيستر ، حيث كان المركز المشهور في تربية التخلف العقلي ، وأصبح معروفاً في هذا الميدان. ثم انتقل الاهتمام بالمتخلفين إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبة ، وكانت بدايته على تجارب وإدخال برامج تربوية أساسية أكثر منه كملجأ أو مأوى. وكان الأمل أنه بعد التدريب يمكن لهؤلاء الأطفال أن يعودوا إلى منازلهم. وفي السنوات الحديثة أدى هذا العمل إلى التفاؤل حول ما يمكن فعله لمساعدة المتخلف عقلياً في إيجاد موقعه ومكانه المناسب في المجتمع (Vitello and Spskin 1985). هذا التطور تم فحصه بتفصيل في الفصل الثامن. إن المحاولات الرئيسية في تربية الأطفال المتخلفين عقلياً كانت معتمدة على تطوير مقاييس واختبارات نفسية لقياس قدراتهم وأدائهم العقلي.

اختبارات الذكاء والقياس العقلي:

لقد كان فهم الذكاء وقياسه موضع الاهتمام الأساسي عند علماء النفس ، ولم يكن ذلك حتى ظهور نظرية داروين «الصراع من أجل البقاء» حيث بدأ التركيز على دراسة القدرات الإنسانية بشكل منظم. وكان فرنسيس جالتون تلميذ داروين من أشهر العلماء الذين بحثوا الفروق الفردية في السلوك العقلي ، وقد بدأ دراسته وبحوثه عن طريق تصميم اختبارات لقياس الفروق الحسية البسيطة. ولكن هذه المحاولات لقياس القدرة العقلية والمعرفية من خلال المهمات الحركية والإدراكية والحسية لم تكن ناجحة في التمييز بين المتفوقين

والمتخلفين عقلياً. إن من السهل أن نعرف لماذا كانت نظرية جالتون خاطئة. إن محاولات قياس القدرات العقلية قد تقوضت بسبب تركيزه على قياس الأداء الحسي الحركي.

إن الاهتمام بالذكاء قد تم إحياؤه كموضوع بحث من قبل علم النفس الفرنسي الفريد بينيه وذلك في بداية القرن العشرين. إن العمل الأولي لبينيه يشبه عمل جالتون من حيث اهتمامه بالتمييزات والفروق الحسية الحركية والإدراكية. وبقي الأمر كذلك حتى طلبت الحكومة الفرنسية من بينيه أن يقوم بدراسة الضعف العقلي في مدارس باريس مما دفع لمزيد من الاهتمام، كما كان لعمله جانب تطبيقي وعملي، بعد ذلك انتقل اهتمام بينيه من التركيز على العناصر التي تضمها القدرة الإنسانية إلى تطوير مؤشر عام للأداء العقلي. إن الافتراض المبدئي النظري الذي انطلق منه هو نسبية القدرة العقلية عند الفرد وأن هذه النسبية ثابتة مع مرور الزمن. لقد تحقق بينيه أنه من أجل إنشاء أداة مفيدة اجتماعياً، فإن اختباراته يجب أن تشمل مظاهر عديدة للذكاء مثل معرفة الحقائق، والتفكير، والمحاكمة، والقدرة اللغوية. إن أحد أهم إسهاماته هو الافتراض بأن نوع المهمات المستعملة لقياس القدرة العقلية بحاجة إلى مطابقتها للمعيار المقبول والمعتمد في النجاح الأكاديمي الحالي والمقبل عند الفرد. وفوق ذلك فإن أية مهمة تكون مفيدة إذا ما بينت قدرتها على التنبؤ بالإنجاز الأكاديمي اللاحق. وفي عام ١٩٠٥ أتم بينيه اختباره الأول الذي يضم ٣٠ بنداً يعكس قدرة الطفل على الفهم والتركيز بموضوعات عامة وشائعة في بيئته ومجتمعه. وقد تم تجميع البنود وفقاً لمستويات العمر وزيادة صعوبة المهمات بدءاً من السهلة التي يستطيع الطفل أداءها بسهولة إلى الصعبة بالنسبة للراشد المتوسط. وفي التعديل اللاحق لاختباره، عرف بينيه العمر العقلي بأنه مستوى العمر الأعلى الذي يمكن للطفل فيه أن ينجز مهماته بسهولة وبصورة صحيحة كاملة.

لقد كان لاختبار بينيه للذكاء أثره الهام والقوي في مجال علم النفس التطبيقي ودراسة الأطفال. إن طريقته في التمييز والتفريق بين الأطفال الذين

يمكنهم الإفادة من برامج التربية النظامية عن أقرانهم الذين تنقصهم القدرات التي تمكنهم من الإفادة منها ، قد اعتمدت في العيادات النفسية وفي القوى العسكرية وفي الصناعة. إن نجاح اختبارات بينيه في جلسات عديدة ومتنوعة قد زادت من أثر علم النفس التطبيقي ودفعه للاهتمام والبحث في القدرات الإنسانية. ومنذ ذلك الوقت وبينيه يحاول تحسين القدرة التنبؤية لمعامل الذكاء والتي نجحت في درجة واضحة.

في الواقع لقد حصلنا على الأداة التي تمكننا من التنبؤ بالسلوك العقلي ، هذه الثقة التنبؤية قد تضمنتها محاولات لبيان الذكاء على أنه بناء نظري (تركيب فرضي).

إن الطبيعة النظرية لاختبارات الذكاء ، قادت إلى سوء استعمال لاحق. فقد استخدمت لأغراض عنصرية وللتمييز بين السلالات والأجناس مما كان له أثر سياسي (كامبن ١٩٧٤) وبالنسبة لهدفنا من المهم والمثير أن نلاحظ أنه في نفس الوقت الذي تطورت فيه اختبارات الذكاء وعدلت ، فإن عدداً آخر من الباحثين كان يدرس النمو العقلي والمعرفي في المخبر والعيادة.

النمو العقلي المعرفي والاجتماعي:

من الصعب وضع قائمة بالباحثين الأوائل الذين كانت بحوثهم في نمو الطفل تمثل المرتكز الأساسي في تطوير علم نفس النمو الحديث. إلا أننا نذكر ويليام سترن / ١٩٣٠/ الذي اشتهر في إضافته لمفهوم معامل الذكاء Intelligence quotient محاولاً ربط اختبار الذكاء وقياسه بما هو معروف حول نمو الطفل. هذا الدمج للطرق التجريبية والسيكومترية كان العلامة البارزة في أعمال أرنولد جيزل Arnold Gezll (جيزل وتوسون ١٩٣٨). ومن علماء النفس البارزين الذين وجهوا الاهتمام والانتباه إلى مشكلات نمو الأطفال ستانلي هول Stanley Holl الذي كان رئيس قسم علم النفس في جامعة كلارك والذي كان له أثر بارز في نمو علم النفس الأكاديمي في القرن العشرين. وفي عام ١٨٩١ أسس المعهد التربوي وأصدر أول مجلة خاصة في نمو الطفل. قبل التوجه نحو جامعة كلارك كان قد أسس جمعية إليون

لدراسة الطفل والأول من نوعه في الولايات المتحدة. وبالرغم من أن الكثير من أفكار (هول) أصبحت تاريخية إلا أنه أثر في العديد من علماء النفس الذين تتلمذوا على يديه ودرسوا مرحلة الطفولة بشكل علمي ومن بين هؤلاء التلاميذ (جودارد) الذي عمل لسنوات عدة مع الأطفال المتخلفين في ولاية نيوجرسي وكذلك (لويس ترمان) الذي كان متميزاً عن غيره بأنه كان مسؤولاً عن تقبل الأمريكان لاختبار بينيه؛ والذي استمر في عمله بذلك المجال حتى أواخر أيامه.

لقد كانت الولايات المتحدة الأمريكية الداعم الفعال والمساهم في تطوير دراسة الطفل، حيث برز ذلك في دعم المؤتمرات والبحوث العلمية والمؤسسات الخاصة بالأطفال (مثل مكتب دراسة الأطفال ومكتب نمو الطفل والمعهد الوطني لصحة الطفل والنمو الإنساني) والمنشورات مثل دورية العناية بالطفل.

إن نظرة على الموضوعات الماضية والحالية لهذه الدورية تبين التغيرات التي أحدثتها في المناخ الثقافي والاجتماعي للاهتمام بالطفل، ومن بين الموضوعات المبكرة التي درست: أشكال السلوك المثيرة عند الطفل كالرضاعة والاستمناء ومص الإبهام، مما دفع الآباء إلى الاهتمام بهذه الظواهر السلوكية ومعالجتها عند أطفالهم.

لا يمكننا إلا أن نذكر دور معهد جان جاك روسو في جنيف، والذي عمل به جان بياجيه وطلابه حيث استخدم المنهج والملاحظة الطبيعية في دراسة نمو الطفل، وكان لبياجيه الفضل الأكبر في توجيه علماء النفس التجريبيين للاهتمام بدراسة الأطفال. وقد كان لدراسة نمو الطفل والاهتمام بالمتخلفين عقلياً مركز الاهتمام العلمي مما كان له أثره الهام في نشوء ميدان علم النفس المرضي الحديث.

علم الصحة النفسية وتوجيه الطفل:

لقد كانت بدايات الأثر الهام على الوضع الحالي لعلم النفس المرضي للطفل بارزة في كتب السير الذاتية وخاصة كتاب «العقل الذي وجد ذاته»

لكليفورد بيرز (١٩٠٨). فقد دخل بيرز مشفى الأمراض العقلية لعدة سنوات لأنه كان يعاني من أعراض نفسية حتى تم شفاؤه أخيراً ، وبعد خروجه كتب هذا الكتاب الذي يمثل سيرته الذاتية ومعاناته ، ثم نذر نفسه للحركة الجديدة وظل يعمل من أجل رعاية الصحة النفسية حتى وفاته ١٩٤٣. وكانت دعوته تهدف إلى إزالة ما علق في أذهان الناس بشأن الأمراض العقلية وأنها لعنة لا شفاء منها ، كما وجه الاهتمام إلى رعاية المرضى العقليين وتوفير الشروط المناسبة لهم واتباع الأساليب العلمية في علاجهم.

إن المهنة التي استفادت من خدمات ميدان الصحة النفسية ، هي الخدمات الاجتماعية الطب نفسية ، والتي أصبحت ذات أهمية كبيرة لاهتمامها بمشكلات الأطفال ، ولأن الأسرة والمحيط الاجتماعي لهما الدور الأكبر في تربية الأطفال ورعايتهم بحيث يأخذ أخصائي الخدمة الاجتماعية دوراً هاماً أيضاً ، وخاصة أن مشكلات الأطفال لم يعد ينظر إليها من وجهة النظر العلاجية فقط ، بل من وجهة النظر الوقائية أيضاً حيث التركيز على الأسباب المحدثة للأمراض النفسية. إن التركيز على التربية الأولى وعلاج المشكلات خلق سهولة كبيرة في التشخيص والعلاج ، وهذا ما ساعد على تطور عيادات توجيه الأطفال وإرشادهم تطوراً كبيراً.

إن المؤسس المعروف في ميدان عيادات توجيه الطفل ، كان (وليام هيلي) الذي أسس ما يعرف الآن بمعهد دراسة الأحداث في شيكاغو عام ١٩٠٩ والعيادة الأولى التي نشأت كجزء من مشروع البحث في فيلاديلفيا من قبل (ليتنر ويتمر) ، وبالتعاون مع (هيلي) تم إنشاء ما يعرف حالياً باسم عيادة توجيه الطفل. لقد كان اهتمام (هيلي) منصب أولاً على دراسة الأحداث والمراهقين المنحرفين ، ولكن هذه الانحرافات لا يمكن بحثها دون النظر إلى العوامل الأساسية فيها وهي «العقلية والانفعالية والاجتماعية» التي تتكون في مرحلة الطفولة ، ولذلك توجه هيلي للاهتمام بالأطفال وتأسيس عيادات التوجيه الخاصة بهم. وبالرغم من أن هدف عيادة هيلي كان تشخيص وتقدير الحالات

التي تم إحالتها من قبل القضاء ، فإن التوصيات العلاجية تم اعتمادها بشكل جيد ومفيد.

إن عيادة هيلي تمثل نموذجاً فريداً لأنها تضم ليس فقط الأطباء وإنما علماء النفس وأخصائيي الخدمة الاجتماعية. إن هذا النموذج ذا الفروع العلمية المتكاملة في توجيه الطفل يعكس الدور الهام للسمات الفردية والمؤثرات الاجتماعية في السلوك ، وما يزال النموذج المتبع في عيادات الأطفال اليوم ، ثم أخذت هذه العيادات في الانتشار في أرجاء العالم مع التركيز على حركة الصحة النفسية الخاصة بالأحداث والمراهقين أيضاً. وأصبحت التربية النموذجية حول الصحة النفسية والعناية بالطفل من المهمات الأساسية والهامة في عيادات توجيه الأطفال وإرشادهم ، ثم بدأ الطب النفسي للراشدين بالتطور من حيث مكانته وتأثيره فكان له أثره أيضاً في مراكز توجيه الأطفال.

كان أدولف ماير من العلماء البارزين في مجال الصحة النفسية والذي هاجر إلى أمريكا في نهاية القرن التاسع عشر ، حيث وافق على العمل في المشفى الحكومي في اليونويز ، وحين تركز اهتمامه على الطب النفسي انتقل للعمل في مشفى وسيستر في ماساشوستس حيث أصبح على اتصال بستانلي هول في جامعة كلارك. وأصبح فيما بعد واضعاً المعايير الأساسية للتدريب على مهنة الطب النفسي. وقد تأثر بفرويد وكان له الدور الهام في نشر مبادىء التحليل النفسي في الممارسة الطبية النفسية في أمريكا. لقد حافظ مايير على اتجاهه التوليفي في العلاج مقتنعاً بأن التطور اللاحق لعلاج الأمراض النفسية لا يمكن أن يتم بدون تعاون علماء النفس وعلماء وظائف الأعضاء. لقد اهتم في مشكلات الأطفال على أهمية المنهج الوقائي وعلى اختصاص الخدمة الاجتماعية الطب نفسية وتعاون كل الميادين في مجال الصحة النفسية.

إن نظرية مايير في علم الأحياء النفسي أو ما يسمى علم النفس الحيوي Psychoboilogy قد شددت على أهمية أن المريض هو شخص وبحاجة للدراسة بشكل كامل من حيث قصته التاريخية وقدراته وسماته النفسية وذلك من أجل فهم شامل لمشكلاته. إن طريقته في العمل مع الأطفال تضم مساعدة

المؤسسات والمكاتب الاجتماعية والمدارس لأن ذلك هو الأساس اللازم لمعالجة مشكلات الأطفال وهو المتبع اليوم.

من هذه البدايات كرس ميدان البحث الإكلينيكي اهتمامه على مشكلات الأطفال وبدأ يتطور كعلم ، ثم تبلور مع تأسيس رابطة طب الأمراض العقلية الأمريكية ١٩٢٤ والتي ضمت منذ البداية علماء النفس وأطباء نفسيين واختصاصيي الخدمة الاجتماعية الطب نفسية ، ويوجد الآن منظمات عديدة وجمعيات وتخصصات متنوعة تهتم بعلاج مشكلات الأطفال. ولكن الفلسفة العلمية التي وصفناها ذات محاور عدة: التركيز على الوقاية أو المداخلة العلاجية ، والحاجة إلى تعاون فروع عدة في دراسة الطفل ، هذه المحاور هي القاعدة المتبعة اليوم. إن التربية وعلم النفس والطب النفسي والخدمة الاجتماعية كلها كان لها تأثيرها في تطور ميدان علم النفس المرضي للأطفال واليوم كل ميدان له أثره الهام سواء من خلال البحث أم من خلال الممارسة العلاجية. وسنناقش ذلك لاحقاً.

المؤثرات النظرية الرئيسية في علم نفس الأطفال المرضي:

كما تبين لنا في السابق فإن تحديد السلوك الشاذ أو المرضي عند الأطفال ليس سهلاً ، إنه يتطلب نمو الطفل وكذلك القيم والمعايير الاجتماعية. ومع مرور الزمن نشأت طرق واتجاهات عديدة في توضيح وتحديد الأمراض النفسية واضطرابات السلوك في مرحلة الطفولة ، وبعضها يمكن أن يوضع على شكل نظرية عامة. هذه النظريات والاتجاهات تخدم في تقديم معطيات وحقائق هامة عن اضطرابات الأطفال وشرح أسبابها. ولكن ذلك ليس كل شيء ، فالنظريات الجيدة تكون مرحلة ما قبل اتخاذ القرارات والفرضيات المفيدة من أجل مزيد من البحث.

بالرغم من أن النظريات تختلف في مجالها وموضوعها وفي قدرتها التقويمية والتشخيصية وفي فائدتها ، فإن نظرة التحليل النفسي من أهم تلك النظريات. وعلماء النفس العلاجي والسريري أحرار في اختيار النظرية التي يعتبرونها أكثر قيمة ، ولكن اختيارهم مؤقت وغير نهائي ، لأن معطيات

وحقائق جديدة تقود إلى تعديل وتنقيح هذه النظريات مما ينير عمل الاختصاصيين وطريقتهم. وسنتحدث باختصار عن أهم هذه النظريات الرئيسية التي كان لها دور هام في علم نفس الأطفال المرضي.

نظرية التحليل النفسي:

لقد كان لنظريات فرويد أثر بارز في علم نفس الأطفال المرضي يفوق أثر أي نظرية أو اتجاه في علم نفس الشواذ والأمراض النفسية. فقد شدد فرويد منذ وقت مبكر على أهمية خبرات الطفولة وانفعالاتها في تكوين شخصية الراشد. فإذا كانت مشكلات الراشدين ترجع إلى الخبرات المبكرة، فإن فهم نمو الطفل له أهمية واضحة: فكلما زادت معرفتنا بهذه المرحلة كلما كانت إمكانية تجنب المشكلات والاضطرابات في المستقبل أيسر. هنا تظهر أهمية المنهج الوقائي في علم نفس الأطفال المرضي. إن فرويد لم يضع نظرية فقط، ولكن طريقة في العلاج أيضاً. وقد طبق طريقته العلاجية هذه أول ما طبقها على الأطفال وخاصة الطفل هانز الصغير عام ١٩٠٩. وبعد عشر سنوات لاحقة نشرت تقارير عن استعمال تقنية العلاج بالتحليل النفسي على الأطفال. لقد كانت ميلاني كلاين أول من استعملت اللعب الحر (والعلاج باللعب) مع الأطفال عوضاً عن التداعي الحر الذي يستعمل مع الراشدين. فقد شجعت الأطفال على اللعب وعملت على تفسير معاني أنشطتهم بنفس الطريقة التي تفسر فيها معاني التداعيات الحرة عند الراشدين. من جهة أخرى فقد شعرت آنا فرويد (١٩٢٨) أن طريقة أخرى مختلفة هي أكثر تناسباً للأطفال الذين تكون مشكلاتهم في الحاضر وليس في الماضي، ولأن مشكلات الأطفال تتداخل فيها آثار المنزل والمدرسة، فإنها نصحت بتعاون الوالدين والمعلمين في علاج الأطفال. وقد ساهم عدد كبير من المحللين النفسيين ومن علماء النفس المؤيدين للتحليل النفسي في المشاركة في علم نفس الأطفال المرضي، بسبب كون أكثر التنظير الحالي في ميدان سلوك الأطفال الشاذ أو المرضي ما يزال ناتجاً وتابعاً للاتجاه التحليلي، فإن بعض الشرح لهذه النظرية يكون ضرورياً.

فرويد والتحليل النفسي: الأساس والبدايات:

ولد فرويد في ما يعرف حالياً بتشيكسلوفاكية، وقد انتقل مع عائلته إلى فيينا وكان عمره أربع سنوات، وهناك أتم دراسته في الطب، وكان اهتمامه منصباً على البحوث أكثر منه على الممارسة الطبية. ولكي يشبع رغبته هذه فقد دخل معهد البحث العصبي، ولكن الأجر المنخفض دفعه إلى الممارسة الخاصة. وظل اهتمامه في البحوث والنظريات، وحتى بعد تطويره للتحليل النفسي، فإن اهتمامه بمعالجة المرضى كان أقل من اهتمامه في وضع نظرية للشخصية.

لقد أخذ بالاتجاه الذي اعتمده شاركو وبروير في معالجة المشكلات الانفعالية وذلك في نهاية القرن التاسع عشر. لقد كان شاركو طبيب فرنسا المشهور قد عالج مرضاه الذين يعانون من مشكلات عصبية ليس لها أساس عضوي (كالهستريا) واتبع في علاجها التنويم المغناطيسي. في حين اتبع بروير طريقة التفريغ التي تقود المرضى إلى التحدث عن مشكلاتهم وذلك لكي تجد تلك الانفعالات مخرجاً لها بحيث تنتهي معها صعوبات المعالج وصراعاته. لقد تأثر فرويد بكلا الاتجاهين بقوة كبيرة، ولكنه فضل تقنية بروير، إلا أن انفصال علاقته الوثيقة معه (بسبب تأكيد فرويد على دور الصراعات والعوامل الجنسية التي لم تجد حلاً) عمد إلى تطوير نظريته المستقلة في التحليل النفسي والعلاج النفسي. لقد كان نشيطاً وكان له أثره البارز في العديد من التلاميذ الذين درسوا عنده، كما برز أثره في الطب النفسي وعلم النفس أيضاً. وقد بلغ ذلك قمته حين ألقى محاضرته في جامعة كلارك بدعوة من ستانلي هول. إن نظرية فرويد لم تتطور في المخبر ولكن في المواقف العيادية السريرية. وعن طريق الإصغاء إلى مرضاه حاول أن يبني نظرية تشرح سلوكهم، وتحمل إمكانية تفسير السلوك عموماً. لقد كان فرويد مقتنعاً أن السلوك لا يحدث صدفة، وأن كل أشكال السلوك يمكن شرحها وتفسيرها من خلال المعطيات المتوافرة. إن نظريته ليست سهلة التجريب والاختبار. ولكن جهود فرويد في تنظيم السلوك الإنساني وتفسيره يبقى من أكثر المحاولات طموحاً. إن تأثيرات

التحليل النفسي وخاصة في علم نفس الشواذ أو علم النفس المرضي يبقى الأقوى والمستمر كذلك.

بنية الشخصية:

الحياة النفسية (الشعور، ما قبل الشعور، واللاشعور):

إن الأداء أو النشاط العقلي بالنسبة لفرويد يأخذ أكثر من مستوى. فهناك مستوى الشعور الذي يضم كل الوظائف والأنشطة والخبرات العقلية التي يعيها الفرد في الحاضر أو التي تكون متاحة له. أما المستوى الآخر فهو الذي يقع خارج السطح، إنه ما قبل الشعور الذي يضم المواد التي ليست في مجال الشعور الحالي ولكن يمكن استدعاؤها حين الحاجة إليها، مثل استدعاء رقم هاتف. ولكن بعيداً عن هذا كله هناك اللاشعور الذي يكون بعيداً جداً عن الشعور وخارج نطاق الوعي. إنه يضم آثار الخبرات الماضية المبكرة والرغبات والنزعات والدوافع البيولوجية الأساسية. في هذا المستوى، تتواجد الأفكار والرغبات بحرية وبعيداً عن قيود المجتمع. إن هذه المواد اللاشعورية قد تدخل حيز الشعور والوعي أحياناً (كما في الأحلام، وزلات القلم، وفلتات اللسان، والأمراض النفسية). ولكن عندما يحدث ذلك فإن المواد التي نخبرها عادة تعتبر غريبة.

بنية الشخصية: مظاهر ثلاث (الهوَ، والأنا، والأنا الأعلى):

إن نظرية التحليل النفسي تقسم الشخصية إلى ثلاثة مكونات متفاعلة هي: الهو، والأنا، والأنا الأعلى. في البداية يوجد الهو فقط، إنه يضم الحاجات الآنية والهامة (الجوع والعطش والجنس) التي تلح في طلب الإشباع الآني. إن الإلحاح من أجل الإشباع (ويعرف بأنه مبدأ اللذة) غالباً ما يكون غير ممكن. كما أن تحقيق الرغبات عن طريق التخيل وأحلام اليقظة (التفكير الذي يمثل العمليات الأولية) يعتبر على أنه الحل البديل والمؤقت. هذه التخيلات والأحلام تشبع الحاجات البيولوجية، وهذا هو عمل الأنا. إن الأنا يتيح للفرد أن يعمل وفق الواقع حيث يشجع على تطور كل أشكال السلوك التي تتيح للحاجات أن تشبع وفق معايير المجتمع وقوانينه. إن القدرة على اختبار الواقع

والعمل نحو الهدف (التفكير وفقاً للعمليات الثانوية) يسمح للفرد بإشباع الحاجات الهامة بدون مواجهة أو اعتداء على مطالب المجتمع والواقع. إن الأنا الأعلى هي الخاصة المعارضة في الشخصية، لأنه يضم المعايير الأخلاقية الداخلية والضمير. وفي أوقات كثيرة تتعارض دوافع الهو مع الأنا الأعلى، وفي هذه الحالة، فإن الأنا يعمل على التوفيق بين الهو والعالم الواقعي. إن العلاقات بين المظاهر المتنوعة للشخصية والشعور ممثلة في الشكل التالي:

ديناميات الشخصية: الطاقة:

إن رأي فرويد الذي يعتبر أن العضوية منظومة معقدة من الطاقة، تعتبر النموذج المركزي لنظرية في الطاقة النفسية. هذه الطاقة التي افترض أنها ناتجة عن الرغبات الغريزية في الهو. ويبين هذه الغرائز الهامة والأكثر بقاء واستمراراً غرائز الحياة التي تهدف إلى الحفاظ على البقاء في الفرد (الجنس والجوع)، وكذلك غريزة الموت التي تضم العدوان. إن الطاقة التي تندفع من غرائز الحياة وغريزة الموت تعمل على دفع وتحريض العديد من الأنشطة مثل التفكير والتذكر، وعمل الأنا، والهو، والأنا الأعلى وغيرها من الوظائف السيكولوجية الهامة.

مراحل النمو النفسي ـ الجنسي:

تعتبر الحياة المبكرة من وجهة نظر التحليل النفسي جوهرية وأساسية في مراحل النمو اللاحقة لنمو الشخصية. يواجه الطفل العديد من الصراعات النفسية في العالم، كل منها يتطلب تكيفاً. فالمرحلة الفموية هي الأولى حيث يتركز مصدر اللذة عند الطفل في فمه (المص، والأكل) فإذا تعرض الطفل للإحباط لسبب ما في هذه المرحلة، فإن التثبيت Fixation يكون النتيجة الحاصلة. فبعض الطاقة الليبدية تبقى في المرحلة الفموية، ويحتاج الفرد لإدماج الأشياء وإدخالها، ويبقى الفرد بحاجة مستمرة لإشباع الحاجات الفموية. وإذا حدث التثبيت لاحقاً في المرحلة الفموية فربما يصبح الفرد شخصا مسيئاً للآخرين في كلماته وألفاظه. والمرحلة التالية هي المرحلة الشرجية التي تمثل أول تحد يتوجه من المجتمع إلى العمليات الأولية،

ومسعى الهو للإشباع والحصول على اللذة. إن النشاط الانعكاسي الذي يجلب اللذة يجب أن يضبطها وفقاً لمطالب المجتمع عندما يبدأ الطفل بالتدريب على الإخراج والتثبيت في هذه المرحلة ربما ينتج الانصياع والمجاراة (الانسياق الأناني لمطالب المجتمع) أو الوحشية والقسوة وحدة الانفعال (رفض الإذعان للمجتمع). وبعد ذلك يحدث صراع أكثر تهديداً بين الدوافع الملحة عند الطفل ومطالب المجتمع والذي ينمو خلال المرحلة القضيبية. ففي المرحلة القضيبية هنا يكون القضيب والأعضاء الجنسية التناسلية هي مصدر اللذة وفيها تحدث عقدة أوديب ، حيث يناضل الطفل الذكر الذي ينتابه خوف من الخصاء (قلق الخصاء) من أجل كبت رغباته تجاه أمه ويتوحد مع أبيه ويتقمص صفاته. ومع أن عملية مشابهة تحدث عند الإناث فإن جلها ليس واضحاً تماماً. إن نتيجة هذا الاهتياج خلال هذه المرحلة النمائية له آثاره الهامة في السلوك الجنسي والاجتماعي اللاحق. إن هذه المرحلة تمثل ولادة الأنا الأعلى حيث يدخل الطفل المعايير الأخلاقية من والده ويتوحد معها. والمرحلة الأخيرة من مراحل النمو هي المرحلة التناسلية والتي تبدو في نمو المهارات الاجتماعية والعلاقات التبادلية والصراحة. إن الشخصية النامية بشكل كامل تتطلب مروراً ناجحاً عبر هذه المراحل النفسية ـ الجنسية.

القلق وميكانزمات (آليات) الدفاع :

إن القلق حالة نشطة تضم مشاعر الرهبة والخوف ، وقد تنشأ من مصادر عديدة. وعندما يكون القلق مزعجاً فإن بالإمكان خفضه عن طريق استعمال وسائل الدفاع الأولية التي تتبع لا شعورياً والتي تنطوي على بعض التشويه للواقع. ومن هذه الآليات أو الوسائل الدفاعية الكبت (أو التناسي اللاشعوري للتهديد) ، والإسقاط (أي رؤية القلق باعتباره نتيجة مصادر خارجية أكثر منها داخلية ذاتية) ، ورد الفعل المعاكس (الذي يتم من خلاله تجنب النزعات والدوافع التي تثير القلق عن طريق إظهار المشاعر المعاكسة والتعبير عنها). عموماً يمكن لآليات الدفاع أن تنظم على طول خط متصل من حيث زيادة تشويهها للواقع. فبعض آليات الدفاع يتطلب تشويهاً ضعيفاً ولذلك لا تعتبر

شاذة أو غير صحيحة (مثل تبرير الفشل لبلوغ عمل جديد من خلال القول بأنه يحتاج إلى جهد كبير وأنه مرهق مثلاً. في حين بعض الآليات الأخرى (كالنكران: أي رفض بعض الأحداث الواقعية) يتضمن درجة عالية من التحريف والتشويه ولذلك تعتبر شاذة أو غير صحية.

التحليل النفسي وتابعيه:

لقد تعرضت نظرية التحليل النفسي إلى تعديلات من قبل الفرويديين الجدد خلال الخمسين سنة الأخيرة. لقد أخذ هذه الاتجاه مجراه بعيداً عن الاعتماد على الدوافع والنزعات الغريزية البيولوجية باعتبارها المحددات الرئيسية في نمو الشخصية وذلك باتجاه التركيز على المحددات الاجتماعية. كما تم التأكيد على دور الأنا أيضاً. بشكل عام نقول إن التحليل النفسي بقي دون تغيير. إن مساهمات التحليل النفسي في علم نفس الأطفال المرضي له آثاره وبصماته الواضحة والمشهورة، وهذه المساهمات سنبحثها باستمرار في سياق هذا الكتاب. سننظر الآن إلى اتجاه آخر في علم نفس الأطفال المرضي، وهو السلوكية.

النظرية السلوكية:

خلافاً للتحليل النفسي لا يوجد اتفاق عام حول نظرية تدعى النظرية السلوكية. من جهة ثانية فإن السلوكية وتطوراتها اللاحقة تمثل البديل الهام لنظرية التحليل النفسي.

واطسون والسلوكية: البدايات:

خلافاً للتحليل النفسي، لم تنشأ السلوكية من العيادة، ولكن من المخبر السيكولوجي. ففي بداية هذا القرن كان علم النفس مهتماً بدراسة الشعور والخبرة الشعورية عن طريق الاستبطان، حيث يطلب من المفحوصين أن يتحدثوا عن خبرتهم الشعورية الداخلية حالما يتعرضوا للضوء الأزرق مثلاً.

وهناك خلافات حول الأفكار التي تضمها التخيلات والمحتوى الدقيق للشعور قبل علم النفس الأكاديمي ، ولكن طريقة الاستبطان التجريبي في علم النفس كانت غير قادرة على تقديم حقائق كافية لحل تلك المناقشات والخلافات. في هذا الجو ظهرت سيكولوجية واطسون باعتبارها سلوكية (١٩١٣) ، هذه السلوكية هي التي تمثل التغيير. فقد انتقد واطسون علم النفس المدرسي الأكاديمي لتشديده على الشعور وعلى استعمال الاستبطان. إنه يعتقد بأن تجاهل علم النفس وإهماله للاستبطان (والشعور) ليس صعباً ، وأن الطريقة البديلة تستند إلى تجارب التعلم الحيواني، وأن الشعور بناء غير ضروري. وهناك شكلان من أشكال التعلم ، كانا مصدراً للعديد من البحوث والدراسات السلوكية:

الأول ، ما بدأ به الفيزيولوجي الروسي بافلوف ، في بداية القرن العشرين ، وكان يركز أساساً على فيزيولوجية عملية الإفراز ، وقد استخدم كلاباً ، موضوعاً لتجاربه ، حيث اكتشف أن بعض الاستجابات (وردود الأفعال) الفيزيولوجية (مثل إفراز اللعاب استجابة لشم رائحة الطعام) يمكنها أن تستدعى أو تستجر عند اقترانها بمثير حيادي سابق كالضوء أو الصوت مثلاً. ففي إحدى الحالات المشهورة ، وهي حالة الطفل الرضيع ألبرت ، أظهر واطسون عام ١٩٢٠ ، العلاقة بين الإشراط الكلاسيكي ونمو الخوف. فقد كان عمر ألبرت (١١) شهراً ، حيث عرض عليه فأراً أبيض ولم يظهر الطفل الرضيع أي خوف في البداية. ولكن الخوف بدأ يظهر عندما أطلق واطسون صوتاً قوياً قرب الطفل محدثاً ضجيجاً عالياً في كل مرة يقترب من الفأر. إن الصوت العالي يمثل المثير غير الشرطي (UCS) ، وحدوث الخوف يمثل الاستجابة غير الشرطية (UCR) الذي ارتبط أخيراً بوجود الفأر (المثير الشرطي) هذه الدراسة تعتبر كلاسيكية في علم النفس ولكنها أحدثت الكثير من الدراسات والكتب التي تركز على مفاهيم تعميم المثير وخفض الإشراط الذي يحدث واقعياً. (انظر الشكل التالي الذي يمثل الإشراط الكلاسيكي لبافلوف).

الموقف قبل الإشراط :

ـ الجرس (مثير شرطي CS) بدون إفراز لعاب

ـ الطعام (مثير غير شرطي UCS) إفراز لعاب (استجابة غير شرطيةUCR)

تجربة الإشراط :

ـ صوت الجرس (مثير شرطي)

تقديم الطعام (المثير غير الشرطي)

ـ استمرار المحاولة والتجربة

ـ إفراز اللعاب بعد الإشراط : قرع الجرس (المثير الشرطي)

إفراز اللعاب (استجابة شرطية US)

الثاني: ويمثل الشكل الثاني للتعلم ، وهو الإشراط الأدائي أو الإجرائي (الوسيلي) والذي بدأ مع عمل ثورندايك وقوانينه عن التعلم وخاصة قانون الأثر الذي ينص على أن السلوك المتبوع بنتائج مرضية وسارة سوف يتكرر ، في حين أن السلوك الذي يتبعه نتائج غير مرضية أو غير سارة ولم يتعزز فإنه سينمحي ويختفي. وقد طبق هذا الاتجاه بشكل موسع من قبل سكينر (وسنشرحه لاحقاً).

ومن السلوكيين الآخرين دولارد وميللر ، وكذلك باندورا صاحب نظرية التعلم الاجتماعي (التعلم عن طريق المحاكاة والاقتداء بنموذج) والتي لاقت اهتماماً بالغاً وما تزال نتائجها المتميزة حتى اليوم. والمهم بالنسبة لنا الآن أن نوضح الدور الذي لعبته هذه النظرية في علم نفس الأطفال المرضي. فقد عمل واطسون في جامعة جون هوبكنز وكان معجباً بأدولف ماير. إن واطسون مثل ماير ، يشدد على أهمية الصحة النفسية ، كما وافق على أن صفات الشخصية وتكونها إنما يحدث أساساً منذ المراحل المبكرة للحياة، وأن دور العوامل الجنسية أقل أثراً ، إلا أنه اختلف مع ماير من حيث قيمة التحليل النفسي وإمكاناته.

لقد شهدت السنوات الخمسين اللاحقة محاولات عديدة لإعادة النظر في

التحليل النفسي والسلوكية والدمج بينهما بشكل توفيقي ، وكان ذلك واضحاً في أعمال دولارد وميللر في كتابهما المعنون: الشخصية والعلاج النفسي عام ١٩٥٠. فقد فسرا التحليل النفسي بمفاهيم نظرية (هِلْ) Hull في التعلم ، ولكنها ليست شائعة ومعروفة. وبالرغم من أن نظرية (هِلْ) في التعلم أصبحت ذات أثر أقل في علم النفس التجريبي اليوم ، فإن للتحليل النفسي آثاره الواضحة والهامة في تطور علم نفس الأطفال المرضي.

السلوكية وعلم النفس المرضي:

تلعب السلوكية حالياً دوراً هاماً كطريقة بحث في علم نفس الأطفال المرضي. إنها تشدد على أهمية التعلم أكثر من الصراعات اللاشعورية ، وتركيزها على التجريب له نتائجه الواضحة والبارزة في العديد من ميادين علم النفس. إن هذا التأثير الطرائقي على الأقل له أهمية النظرية السلوكية نفسها. فمنذ عام ١٩٠٠ تطورت الطرق السلوكية في علاج الأمراض النفسية بسرعة كبيرة. إن تنوع هذا العمل وتعقده سندرسه عبر هذا الكتاب. ويجب أن نتذكر دوماً أن نجاح الأشكال المتنوعة للطرق التحليلية والسلوكية في تفسير أسباب الأمراض النفسية صحيح ودقيق أكثر من أي نجاح للمهدئات أو بعض المسكنات الخاصة في معالجة القلق التي تعتبر أن القلق ناتج عن فقدان السكينة. إن التفسير الناجح والعمل الوقائي المقبل للمشكلات الانفعالية في مرحلة الطفولة يتطلب معرفة مباشرة بالمتغيرات والعوامل المسؤولة عن نمو الاضطراب وتطوره. وما تعلمناه سابقاً من الدراسات السلوكية ، الناجحة منها وغير الناجحة ، سنعرضه أيضاً في سياق هذا الكتاب.

نظرية التعلم الاجتماعي:

نشأت هذه النظرية من الاتجاه السلوكي ، حيث تعتبر أن الأفراد فعالين ومسؤولين عن مصيرهم. ففي حين أن واطسون وسكينر يركزان على أهمية المثيرات البيئية والمكافآت ، فإن نظرية التعلم الاجتماعي (والسلوكية المعرفية) على العكس من ذلك تشدد على كيفية تفسير الأفراد لخبراتهم

وتجاربهم. فالطفل الذي يدرك ويفسر اهتمام والديه على أنه يعكس الحب له ، يختلف عن تفسير طفل آخر يعتبر هذا الاهتمام دليل فقدان الثقة والقدرة. ولأن التفسيرات تتم داخلياً باعتبارها عمليات عقلية ، فقد وصفت على أنها معرفية Cognitive ، ولأنها تضم تفاعلاً بين الأفراد ، فقد وصفت بأنها اجتماعية Social. إن من أشهر علماء هذا الاتجاه ألبرت باندورا الذي يشدد على أن العمليات المعرفية هي المظهر الهام لأية نظرية في التعلم الإنساني ، كما شدد على أهمية الدور الذي تلعبه التوقعات في السلوك. وعن طريق ملاحظة ما يحدث في الأشخاص الآخرين ، يتعلم الأطفال ما يتوقعونه في المواقف الاجتماعية الشائعة. مثلاً ، الطفل الذي عنف ووبخ من قبل معلمه بسبب الشغب الذي أحدثه في الصف يخبر بنتائجه اللاحقة (غضب المعلم) ، على أن سلوكه سيىء. وفي نفس الوقت يتعلم الأطفال ما يتوقعون أنه يجب عليهم القيام به بالطريقة نفسها وبشكل مشابه أيضاً. ووفقاً (لباندورا) فإن التعلم التبادلي (وعادة ما يعرف باسم الاقتداء والتعلم عن طريق محاكاة نموذج) هذه الطريقة التي يتعلم فيها الأطفال السلوك ، ويمكن لذلك أن يكون مصدراً لأشكال من السلوك المنحرف والشاذ مثل هذه السلوكيات الشاذة تنمو وتتطور عند الطفل إذا شاهد نماذج (يقتدي بها) تكون شاذة ومنحرفة أو أشكال غير مناسبة من المعززات.

إن نظرية التعلم الاجتماعي ، لم تهتم بسمات الشخصية كما هو الحال في غيرها من النظريات. وبدلاً من ذلك فإنها تعزى إلى توقعات معممة. مثلاً ، يصف (باندورا) الفعالية الذاتية على أنها اعتقاد الفرد بأنه قادر على أن يحقق وأن ينجز بنجاح النتائج المرغوبة. ويختلف الأفراد في فعاليتهم أو كفايتهم الذاتية لأنها دالة على خبراتهم السابقة وقدراتهم (نماذج المحاكاة) التي يواجهونهم. فالأطفال ذوو الفعالية الذاتية المنخفضة يتجنبون التحديات الجديدة لأنهم يتوقعون الفشل. لذلك فهم يفضلون عدم المحاولة على الفشل. أما الذين يملكون اتجاهات إيجابية نحو قدراتهم ويكونوا ذوي فعالية عالية ، فإنهم يحاولون دوماً ويسلكون باستمرار حتى لو واجهوا تحديات. ووفقاً لهذه النظرية فإن العلاج النفسي الفعال يجب أن يتضمن العمل على زيادة مشاعر

الفرد بفعاليته الذاتية ورفعها أيضاً. إن هذه النظرية تزود بأساس وإطار متين في علم نفس الأطفال المرضي والعلاجي. وحين نأخذ بالحسبان التفسيرات والتوقعات، فإن النظرية تصف الدور الهام الذي تلعبه العمليات المعرفية في السلوك النوعي والمحدد. وسوف نشرح لاحقاً طريقة العلاج النفسي الذي يعتمد على هذه النظرية.

الأساس البيولوجي:

هناك اكتشافات حديثة قد أعادت الاهتمام مجدداً بالأساس والعوامل البيولوجية للأمراض النفسية (وخاصة الذهانات عند الأطفال). وقد يوصف ذلك إلى أنه توجه نظري. إن تجاهل الافتراضات البيوكيماوية خلال فترات طويلة من هذا القرن، قد أعيد النظر فيها مجدداً. إن التجارب البيوكيماوية والفيزيولوجية التي أجريت استندت إلى وجهات نظر افتراضية متعددة، كما أنها تختلف تماماً في تعقدها عن تلك التي تعتمد على الطريقة المسماة «دعه يظهر لنر ماذا يحدث» والتي تحدث مثلاً عند فحص ما إذا كان هناك تغيرات في موجات الدماغ الكهربائية عند الأحداث الجانحين مثلاً، تختلف عن تلك الناتجة عن وظائف الدماغ وآلياته. من الواضح أن الطريقة الأخيرة هي المفضلة حتى لو كانت فيها صعوبة أم لا، لأنها دقيقة في فهم الأمراض النفسية. وكما هو الحال في الكمبيوتر فإن فهمه يعتمد على فهم منظومة الإلكتروني وعلى البرنامج المحدد، فإن فهم الأمراض النفسية عند الأطفال يعتمد على معرفتنا على الوظائف البيولوجية للمخ وعلى المبادىء السيكولوجية أيضاً.

علم نفس النمو المرضي:

كما لاحظنا سابقاً، فإن السنوات الأخيرة قد شهدت اهتماماً متزايداً في نظريات بياجيه وغيره من علماء النفس النمائي. إن علماء النفس الإكلينيكي المهتمين بالأطفال يركزون على تعاون النتائج التي يتوصل إليها علم نفس النمو مع نظرياتهم، لأن مغزى سلوك الطفل يتغير بتغيره خلال مراحل نموه. إضافة إلى أن فعالية المداخلة العلاجية تعتمد على مراحل نمو الطفل، بسبب أهمية متغير النمو في علم نفس الأطفال المرضي، كما سيتبين لنا.

العلم وعلم النفس المرضي:

يعني العلم ببساطة المعرفة Knowledge ، أما إذا عنينا علماً محدداً ، فإنه فرع من فروع المعرفة. وهكذا فإن البحث في علم نفس الأطفال المرضي هو مشروع علمي. ومع العلم أن العديد من العلماء والناس غير المختصين قد وضعوا تعريفات أخرى للعلم فإنه يتضمن برأيهم نوعاً خاصاً من المعرفة التي تم جمعها بطرق خاصة. والشكل العام لهذه الطريقة أنها مخبرية وتجريبية كما هي الحال في الكيمياء والعلوم الطبيعية الأخرى. أما في مجال علم النفس المرضي فإن التشديد على المخبر والتجريب والإحصاء ، فإنه يعيق تطوره ويخلق شرخاً بين تلك التي تهتم أساساً في العمل السريري الإكلينيكي وتلك التي تبحث تجريبياً. والنتيجة ليست محظوظة للفريقين ، حيث يتعامل عالم النفس السريري مع مشكلات المعالج في حين أن البحوث التجريبية غالباً ما تبدو غير مناسبة هنا. في الحقيقة إن العلاقة بين علماء النفس التجريبيين والعياديين السريريين أكثر تعقيداً ولها تاريخها الطويل أيضاً.

ينمو العلم ويتطور كعملية نشوئية خلال فترات زمنية متنوعة معتمداً على نظرية وطريقة خاصة أو توجه معين حتى يتم قبولها ، وهكذا تنضاف المعارف العلمية وتتراكم الحقائق الخاصة بكل علم. لنأخذ مثالاً عن مشكلة سلوكية شائعة وننظر كيف يبحثها العلماء السلوكيين والتحليليين باعتبارهما منهجين ونظريتين مختلفتين تماماً في بحث الاضطرابات النفسية والسلوكية .

إن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة شائعة عند الأطفال حيث تصل إلى ٣٠ ، والاتجاه النفسي التحليلي يعتبر هذه المشكلة عرضاً ظاهراً تقف خلفه مشكلات عميقة كالصراعات اللاشعورية وخاصة الجنسية. إن معظم المحللين النفسيين يتبعون نفس هذا الاتجاه بغض النظر عن طبيعة الصراعات الداخلية ، ولذلك فإن علاج المشكلة السلوكية نفسها ليس له جدوى ، وإنما يجب علاج الصراعات النفسية الداخلية التي لم تجد حلاً. أما الاتجاه السلوكي فلا يوافق على أن المشكلة ناتجة عن صراعات نفسية داخلية لم تجد حلاً ، ولكنها إحدى اضطراب العادات ، ذلك إن التدريب النظامي على الإخراج يتطلب من الطفل

أن يتعلم على أن يستجيب لضغط المثانة وإثارتها والتي تمر بمراحل حتى يعتاد الطفل على الإخراج فعندما يعجز الطفل عن تعلم هذا السلوك بمراحله المتعددة فإن النتيجة تكون التبول اللاإرادي. وفي بعض الحالات، تعزى هذه المشكلة إلى ضعف في التدريب على الإخراج، كما تعزى في أحيان أخرى إلى عوامل عضوية ونفسية معاً. وهكذا فإن السلوكيين من علماء النفس ينظرون إلى المشكلة على أنها أحد أنواع العادات المنعزلة نسبياً والتي لا تنطوي على اضطراب انفعالي، وبخلاف علماء النفس التحليلي أيضاً، فإنهم يعتبرون أن العلاج المفيد هو في التركيز على المشكلة نفسها (العرض الرئيسي الظاهر) فيشددون على العلاج بالتعلم والإشراط لاكتساب أشكال السلوك المناسبة.

في الواقع إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي، يعانون أيضاً من مشكلات انفعالية متعددة ناتجة عن المشكلة نفسها (أن يكون الطفل موضع سخرية، أو أن يصيح الأهل غاضبون على طفلهم)، وهذا يجعلنا نشدد على العلاج الشامل للمشكلة الرئيسية نفسها مع ما ينتج عنها من اضطرابات وانفعالات متنوعة.

من خلال هذا الشرح نستطيع أن نرى الفرق بين علماء النفس التحليليين والسلوكيين في هذه المشكلة النفسية (التبول اللاإرادي) كما في غيرها، وهذه الفروق موضحة في الجدول التالي:

النموذج السلوكي: التبول باعتباره اضطراب في العادات.

النموذج النفسي، الدينامي: التبول كعرض لاضطراب انفعالي.

عملية كبح للنمو الطبيعي: الفشل في تشكيل استجابة كف العضلة العاصرة بدرجة كافية.	عملية كبح للنمو الطبيعي: لا يوجد خصوصية في هذه العملية.
أسباب التبول اللاإرادي: في أكثر الحالات غياب الشروط البيئية الضرورية عادة من أجل تعلم حدوث أو خفض مستوى الإشراط. العلاج: بالإشراط إضافة إلى العلاج الدوائي.	أسباب التبول اللاإرادي: صراعات نفسية لم تجد حلاً، وعرض لاضطراب انفعالي في الشخصية في أكثر الحالات. العلاج: علاج الانفعالات الداخلية وحل الصراعات.

إن الاتجاه النفسي الدينامي في الأمراض النفسية عند الأطفال واحد من الأمثلة عن النموذج الطبي في علم النفس المرضي. والكثير من الذين يبحثون في هذه الاضطرابات يناقشون هذا الاتجاه. (وسنعرض له لاحقاً). وبالرغم من أن علماء النفس التجريبيين يدرسون الآن بشكل كبير العمليات المعرفية، إلا أن لها تطبيقاتها الضعيفة جداً في علم نفس الأطفال المرضي. والكثير من علماء النفس السلوكيين يدخلون المنحى المعرفي في عملهم العلاجي كما سيتبين لنا.

النظريـات، والتجـارب، والمعرفـة:

تختلف النظريات العلمية من عدة طرق هامة. فبعضها (كالتحليل النفسي) عريض وواسع، ويقيم السلوك من وجهات متعددة. وبعضها الآخر أكثر تخصيصاً وتحديداً. كما تختلف أيضاً من حيث تعقدها، وثباتها وفائدتها أو استعمالاتها. إن على النظرية أن تكون قابلة للتجريب. ولكن، وفي كل الأحوال، لا يمكن أن يتم إثباتها أو رفضها بالكامل. إن العديد من المظاهر المتعلقة بالنظرية التحليلية لا يمكن رفضها. وإحدى المشكلات في هذه النظرية، هي أن مصطلحاتهـا لم تعرف أو تحدد بشكل دقيق، كما أنها غير قابلة للقياس أو التجريب. وفوق ذلك فإن مختلف الباحثين قد يستعملون تعريفات متنوعة لنفس البناء النظري الافتراضي أو لنـفس المفاهيم. إضافة إلى ذلك فإن التنبؤات التحليلية النفسية غامضة بحيث يصعـب قياسها. فقد افترض مثلاً أن التثبيت على مرحلة نمو معينة قد ينتج المسايرة أو عدم المسايرة أي الخضوع أو عدمه. وحتى لو كان بالإمكان عما إذا كان الطفل قد تثبت في مرحلة ما كالشرجية فإن النظرية تتنبأ بحدوث النتائج المحتملة أو عدمها.

إن هذا الوضع قد دفع العديد من الباحثين لتعديل بعض هذه المفاهيم بحيث يمكن اختبارها. إن دراسة الحالة Case Study تلعب دوراً هاماً في علم النفس الإكلينيكي والمرضي الخاص بالأطفال لأن هذه الطريقة تعتبر طريقة البحث الرئيسة في هذا المجال رغم محدوديتها كأداة بحث بسبب صعوبة تعميم النتائج التي نتوصل إليها على كل الأفراد (أي المجتمع الأصلي) ويستخدم

علماء النفس المرضي طرقاً أخرى في بحوثهم كالطريقة الترابطية مقابل التجريبية ، والطريقة الطولانية مقابل العرضية.

أولاً ، الطريقة الترابطية مقابل الطريقة التجريبية: تستخدم الطريقة الترابطية بشكل واسع في علم النفس المرضي. فالعديد من المتغيرات التي نهتم بها ولا يمكن بحثها تجريبياً يمكننا اعتماد الطريقة الترابطية فيها. مثلاً دراسة الترابط بين المعاملة الوالدية ونمو شخصية الفرد ، فإذا وجدنا مثل هذه العلاقة الترابطية فإنه ليس بإمكاننا التأكد من اتجاه هذه العلاقة. ربما يكون من الواضح أن تؤثر شخصية الأم وأن لمثل هذا السلوك الخاص عند ابنها ، ومن الممكن أيضاً أن يكون القلق بحيث أن سلوك الابن هو الذي أثر في الأم ، ويمكن وجود احتمال ثالث كالعوامل الجينية أو متغيرات أخرى مسؤولة عن سلوك الأم والابن معاً. والجدول التالي يوضح احتمالات هذه العلاقة الترابطية:

١ ـ أسلوب الأم آ	نمط الشخصية آ
أسلوب الأم ب	نمط الشخصية ب
٢ ـ أسلوب الأم آ	نمط الشخصية آ
أسلوب الأم ب	نمط الشخصية ب

٣ ـ استعدادات وراثية آ

أسلوب الأم آ	نمط الشخصية آ

استعدادات وراثية ب

أسلوب الأم ب	نمط الشخصية ب

من الواضح أن الطريقة الترابطية ، لا تبين أي المتغيرين سبب للآخر. ولذلك يتم استخدام الطريقة التجريبية حينما يمكن استعمالها بحيث نحدد العوامل أو المتغيرات التي يعتقد أنها تؤثر في السلوك. ولسوء الحظ لا يمكن استعمال هذه الطريقة في علم نفس الأطفال المرضي لأسباب أخلاقية وعملية ،

ففي مثل هذه الحالة يكتفى بالترابطية. إن الطريقة التجريبية مثل الترابطية قد تأخذ عدة أشكال ، ولكن نموذجها العام واحد ، حيث يتم التعامل مع متغير واحد هو المتغير المستقل Independent variable لنرى تأثيره في المتغير التابع Dependent variable. مثل دراسة أثر نظام التغذية على فرط الحركة والنشاط الزائد عند الأطفال. فنظام التغذية هو المتغير المستقل ، وعلينا أن نلاحظ أثره على مستوى نشاط الطفل الذي هو المتغير التابع.

ثانياً ، الطريقة الطولانية مقابل الطريقة العرضانية: إن حقيقة كون الطفل عضوية تنمو وتتطور ، تؤثر بقوة في طريقة البحث. والأهمية الخاصة هي الحاجة إلى فصل النمو المضطرب أو الشاذ عن النمو الطبيعي أو السوي ، والحاجة إلى إجراء بحوث تتصف بالصدق والموثوقية الواقعية (أي يمكن تعميمها على مواقف الحياة الواقعية) قدر الإمكان. ومع نمو الطفل يشدد علماء النفس ، على أن الأطفال بأعمارهم المختلفة يمكن فحصهم بهدف تحديد أشكال السلوك التي تعكس عمليات النمو ومظاهره عندهم. إن تقنية أو طريقة البحث العرضانية Cross-Sectional تتطلب أن يتم سحب الأطفال عشوائياً في كل مستوى عمري. وأداء كل مجموعة عمرية يتم مقارنته مع بعض ، ثم تستخلص النتائج حول تغيرات العمر النموذجية النظامية. إن من مثالب هذه الطريقة: صعوبة الحصول على مجموعات من الأطفال ممكنة المقارنة في كل مرحلة عمرية. إنه لا يوجد مجموعتان عمريتان لهما نفس الظروف والمتغيرات البيئية والمحيطية ، وهذه الظروف والمتغيرات قد تنتج تغيرات أخرى تفوق ما نهتم به في الدراسة.

أما الطريقة الأخرى المستعملة فهي الطريقة الطولانية Longitudinal ، التي تتضمن ملاحظات متكررة لنفس الأطفال مع قدمهم في العمر (وفي أعمارهم المختلفة). إن هذه الطريقة تمكننا من المقارنة بين أفراد العينة الذين ندرسهم. إن أثر المتغيرات لا يمكن ضبطها في هذه الطريقة بسبب الأحداث الخاصة التي يمكن أن تعدل من أشكال السلوك في أعمار معينة ، ولذلك يتم استعمال التقنيات الإحصائية لعزل مثل هذه التأثيرات. وفي بعض الحالات ،

يمكن لمتغيرات معينة موضع اهتمام ، أن يتم فحصها بالطريقتين الطولانية والعرضانية. وفي حالات أخرى تفضل إحداهما على الأخرى. والنموذج المثالي هو في استعمال الطريقتين ، حيث نحصل على مصداقية للنتائج النظرية الحاصلة. ولكن لسوء الحظ ، تستغرق الطريقة الطولانية وقتاً وجهداً لاستعمالها. مثل هذه التكلفة في استعمال الطريقة الطولانية ، قد دفعت بعض الباحثين إلى إعادة إجراء الدراسة ثانية ، حيث الأفراد الذين يظهرون سلوكيات محددة أو الذين تلقوا تشخيصاً واحداً يمكن تحديدهم وكشف تواريخهم بهدف تحديد ما إذا كانوا يعانون أو يخبرون أحداثاً معينة خلال شبابهم. هذه الطريقة صعبة التطبيق ، لأن إعادة جمع المفحوصين صعب ، ولأن الأفراد يتم اختيارهم بالأساس لكونهم يظهرون أعراضاً مرضية معينة ، وبسبب صعوبة ضبط الأحداث الضاغطة والخبرات السيئة في مرحلة الطفولة ، ولصعوبة التعامل مع بعض المشكلات ومواجهتها.

تفاعل النظرية والبحث:

ليس المهم مصدر الفرضية (هل من دراسات نظرية سابقة أم من الحالات المرضية السريرية) ، وإنما المهم إن يتم إثباتها تجريبياً حتى تكون صادقة وموثوقة. وكما لاحظنا ليست كل الفرضيات قابلة التجريب والاختبار في المخبر ، حيث إن بعضها يتم فحصه في الطبيعة (الملاحظة الطبيعية). في مثل هذه الحالات يجب أن تكون الدراسة مضبوطة بدقة.

فالدراسات المضبوطة ، هذه يتم فيها تقييد وتحييد العديد من العوامل بحيث يمكن الباحث أن يتبين النتائج الحاصلة من متغير واحد أو متغيرات محددة. مثلاً ، بحث تأثير بعض الأدوية الجديدة في معالجة الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات Autistic يجب أن يتضمن أكثر من مجرد إعطاء الدواء لبعض هؤلاء الأطفال وملاحظة التحسن الحاصل في سلوكهم. من جهة أخرى ، فإن بعض الأطفال ربما يتحسنون بمفردهم سواء تناولوا الدواء أم بدونه وهذا ما يسمى الشفاء التلقائي. إضافة إلى ذلك ، فإن توجيه انتباه إضافي خلال إعطاء الدواء قد يكون بحد ذاته مفيداً وله تأثير إيجابي في

سلوك الأطفال. ثم إن الآمال الكبيرة للدواء حين استعماله له تأثير على الأهل أيضاً بحيث يجعلهم يتصرفون بشكل مختلف نحو الأطفال مما يؤثر فيهم أيضاً ويسرع من الشفاء. إن الطريقة الوحيدة لتحديد ما إذا الدواء بعينه هو سبب الشفاء، إنما يتم من خلال استخدام مجموعة ضابطة في التجربة. إن المجموعة الضابطة يجب مقارنتها مع مجموعة الأطفال المنغلقين (المجرب عليهم)، ولكن يمكن إعطاء أفراد المجموعة الضابطة دواءً وهمياً ليس له تأثير Placebo. ولا أحد في التجربة يعرف من أخذ الدواء الفعلي ومن أخذ الدواء الوهمي. إن الأساس المنطقي لهذه الطريقة هو أنه بسبب كون المجموعة الضابطة تعار انتباهاً مماثلاً لمجموعة الأطفال التجريبيين، فإن المتغيرات الأخرى (كالانتباه لجميع الأفراد، واستخدام دواء، واهتمام الأهل) هذه كلها تكون واحدة ومضبوطة بحيث يبقى أثر المتغير المستقل وهو الدواء المستهدف لبحث تأثيره العلاجي على الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وحتى في حال إجراء مثل هذا الضبط الدقيق في التجربة، فإنه قد يترك المجال لبعض التفسيرات الأخرى أيضاً. عندما يحدث مثل هذا، فإنه يجب تعديل النظريات والفرضيات، أحياناً تجاهلها جميعاً. إن البحث يتضمن تفاعلاً مستمراً بين النظرية والمعطيات أو الحقائق، حيث إن بعضها من المتوقع أن تبقى دون تغيير دوماً. مثلاً وضع زيجونك Zajonc (١٩٨٠) نظرية تفسير المعطيات مشيراً إلى أن الأطفال من المواليد الأوائل لهم معدل ذكاء أعلى من المواليد الآخرين. وتسمى هذه النظرية نموذج الاندماج، وتشدد على أن النمو العقلي يعتمد إلى مستوى الذكاء المتوسط للأسرة. فإذا كان الوالدان لهما معدل ذكاء قدره (١٠٠) مثلاً ولهما طفل رضيع (الذي يكون معدل ذكائه صفر) فإن البيئة العقلية للأسرة هي ٦٧. (وقد تم الحصول على هذا الرقم من ١٠٠+١٠٠+٠٠ = ٢٠٠÷٣ = ٧٦). فإذا ولد طفل آخر حين بلوغ الأول مستوى عقلي قدره ٤٠، فإن البيئة العقلية للأسرة ستنخفض إلى ٦٠ (١٠٠+١٠٠+٤٠+٠٠ = ٢٤٠÷٤ = ٦٠) فمع كل مولود إضافي جديد، يتناقص المستوى العقلي للبيئة الأسرية

بحيث يصبح المولود الأخير هو الذي يتصف بأقل مستوى. بالطبع إذا كانت الفترة الفاصلة بين ولادة كل طفل كبيرة ، فإن الوضع سيختلف. إن نموذج الاندماج أو الالتقاء الذي وضعه زيجونك يمكن أن يفسر نتائج عديدة من الآداب النفسية ، وبالرغم من ذلك تعرضت هذه النظرية للعديد من الانتقادات. إن تعليم الطفل يرفع من مستوى ذكائه. وقد تم تعديل النظرية وفقاً للمعطيات الجديدة. بالرغم من التقدير الواسع الذي لاقته النظرية ، فإنها لم تلقَ الدعم العلمي المطلوب ، وحتى زيجونك نفسه وجد أنه بالنسبة إلى اختبار الاستعداد الدراسي Scholastic Aptitude Test(SAT) فإن عدد الأطفال في الأسرة لم يظهروا ترابطاً مع درجات الاختبار. وبسبب أن عدد الأفراد في الأسرة يرتبط بالطبقة الاجتماعية (فالطبقة المنخفضة عندها عدد أكبر من الأطفال) وبالدين أيضاً وبعوامل عديدة أخرى فمن الممكن للعلاقة بين معدل الذكاء وترتيب المولود أن يعكس هذه العوامل أكثر مما تعكسه نظرية الاندماج. إن المعطيات التي توصل إليها زيجونك قد أتت من عدد كبير من المفحوصين ، ولذلك من الصعب ضبط كل المتغيرات والعوامل الأخرى. إن أفضل طريقة لاختبار نظرية الاندماج ، إنما تكون عن طريق فحص الأسر بشكل منفرد. ففي كل أسرة يجب أن يحصل المولود الأول على معدل ذكاء أعلى من الأخير. وعن طريق فحص الأسر بشكل منفرد ، فإن الفروق بين الأسر من حيث الطبقة الاجتماعية والدين والدخل وغيرها يمكن ضبطها ، ويمكن عندها دراسة معدل ذكاء ترتيب المولود بصورة مباشرة. إن مثل هذه الدراسات على الأسر الفردية ، قد وجدت أن ترتيب الولادة له تأثير بسيط (إذا كان له مثل هذا التأثير) في معدل الذكاء.

نستطيع القول بأن هذه النظرية قد مرت بمراحل متعددة. قدمت المراحل الأولى الكثير من المعطيات ، ولكن عندما تعرضت للتعديل فإنها قدمت نتائج جديدة. كما أجريت لها تعديلات لاحقة أيضاً. سنستعرض لاحقاً هذه النظرية ، ولكن يجب أن نشير إلى أنها تعتبر مثالاً جيداً على التفاعل بين الفرضية والبحث ، هذا التفاعل الذي يقربنا ويساعدنا باستمرار في فهم العوامل المؤثرة في السلوك.

متغير النمو في علم نفس الأطفال المرضي:

إن الفرق الرئيسي بين الطفل والراشد في علم النفس المرضي ، هو أن الطفل كائناً ينمو ويرتقي باستمرار. ويعني هذا إن متغير النمو develomental variable له أهمية كبيرة في علم نفس الأطفال المرضي. فالأطفال يتغيرون باستمرار ، وقد تكون هذه التغيرات نظامية أو شاذة ولكنها قد تكون مستعصية صعبة. إن أغلب الأطفال يوصفون بأنهم يمرون بمرحلة نمو خاصة. مثلاً ، نظريتا فرويد في الشخصية وبياجيه في النمو المعرفي تستعملان فكرة المراحل للإشارة إلى التغيرات الهامة التي تحدث في السلوك كوظيفة ودالة للنمو. إن هذه المراحل مهمة عندما تكون غير متواصلة ، بحيث تختلف بصفاتها من حيث ما قبل وما بعد. فمثلاً إن نظرية بياجيه تضع تراكيب وبناءات عقلية ومعرفية وطرق تفكير جديدة ومتنوعة حول العالم في هذه المراحل النمائية المختلفة.

لقد وصف نمو الطفل بأنه سلسلة من التغيرات التي تقود إلى نضج الفرد. ولسوء الحظ ، وكما يشير العديد من العاملين في ميدان أمراض الأطفال النفسية ، أن هذا التطور والنمو عبر المراحل المختلفة غالباً ما يكون شاذاً وغير طبيعي. فعندما يفشل الطفل في عبور مرحلة معينة بما تحمله من صفات ومهمات وحاجات ، فإن النتيجة عدد من المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية (التي سنشرحها بالتفصيل في هذا الكتاب). كما أن النمو البطيء أو الشاذ ربما تكون له آثار ونتائج هامة وخطيرة في التكيف اللاحق. وقد تحقق علماء النفس العياديين والمتخصصين في أمراض الأطفال النفسية ، من أهمية متغير (عامل) النمو في فهم أمراض الأطفال النفسية. وكما لوحظ سابقاً ، فإن نفس أشكال السلوك (كالتبول اللاإرادي ، والتفكير السحري ، والسلبية ، ومص الإصبع) قد تكون طبيعية وسوية عند الأطفال في مرحلة نمو معينة ولكنها شاذة ومرضية في مراحل نمو أخرى. وقد افترض بعض علماء النفس أن أمراض الأطفال النفسية يمكن فهمها بدرجة أفضل باعتبارها ابتعاداً عن النمو السوي الطبيعي. فبعض مشكلات واضطرابات الأطفال النفسية ينظر إليها على

أنها تأخير أو بطء في النمو السوي ، وبعضها الآخر ينظر إليها على أنها انحراف عن النمو السوي. وفوق ذلك فإن نفس المشكلة السلوكية ربما تكون ذات مصادر وأسباب مختلفة عند طفلين مختلفين. مثلاً الطفل الذي يعاني من مشكلة تعلم معينة ، ربما يتعرض إلى توجيهات غير سليمة ، أو لخلل عصبي ، أو يعاني قلقاً من الامتحان ، أو ضعف البصر أو بعضاً من هذه المشكلات. فمن الواضح أن وصف أمراض الأطفال النفسية بأنها ببساطة مجرد ابتعاد أو انحراف عن النمو السوي أو الطبيعي ليس كافياً. ويجب أن نكون قادرين على تحديد الطبيعة الخاصة للاضطراب والعوامل المسببة له ، والطرق التي تتفاعل فيها هذه العوامل قبل أن نقول إننا نفهم هذه الاضطرابات.

إننا سنتطرق إلى هذه السياقات النمائية في موقعها المناسب. مثلاً ، النمو العقلي سنبحثه عندما نتحدث عن الأمراض العقلية والتخلف العقلي ، وأن النمو الأخلاقي سنبحثه حين نتعرض لبحث اضطرابات التصرف والتواصل.. وهكذا في مثل هذه الأسلوب يمكننا تبيان كيفية اجتماع المسارات النمائية مع المتغيرات الشاذة والمضطربة التي يحدث أمراضاً ومشكلات نفسية عند الأطفال. ولكننا نقدم الآن نظرة عامة لأهم مجالات النمو.

النمو الجسمي: إن من أهم مظاهر النمو التي نراها في الطفل خلال نموه وارتقائه، هي التغيرات في الحجم والمظهر الجسمي. فخلال السنتين الأوليتين ، يكون النضج العضوي والنمو الحركي سريعاً جداً. (والجدول التالي يوضح ذلك):

النمو الحركي المبكر عند الأطفال	القدرة التي تظهر عند الطفل
العمر :	
من الولادة حتى الأسبوع الرابع	تحريك الرأس على الوسادة
من ٦ أسابيع حتى ٣ .٥ شهراً	وضع الرجلين معاً مواجهة الجسم
من الشهر الثاني والنصف حتى الشهر الرابع	قبض الأشياء الملامسة للأصابع
من ٢ حتى ٥ أشهر	التدحرج والاندفاع للأمام
من ٥ حتى ٨ أشهر	الجلوس دون مساعدة
من ٥ حتى ١٠ أشهر	يستطيع الوقوف إذا استند على شيء ما
من ٧ حتى ١٠ أشهر	التقاط بعض الأشياء باستعمال الأصابع
من ٩ حتى ١٣ شهر	الوقوف بمفرده أحياناً للحظات
من ١٠ حتى ١٤ شهر	يقف لوحده بشكل جيد
من ٨ حتى ١٣ شهر	يمشي إذا استند إلى شيء أو أمسك به أحد
من ١١ حتى ١٥ شهر	يمشي بدون مساعدة

من هذا النمو يبطيء خلال مرحلة ما قبل المدرسة وفي السنوات الأولى للمدرسة الابتدائية. والفتيات عموماً أسرع في بلوغهم هذا النمو والنضج من الذكور. كما يتحدد استخدام اليدين في مرحلة الدراسة الابتدائية ، بالرغم من أن بعض الأطفال يتخلف في نموه خلال مرحلة ما قبل المراهقة. وفي المراهقة ينمو ما يسمى صورة الذات Self Image والتي تتدخل في قبول المراهق لذاته مما يؤثر في سلوكه خلال السنوات اللاحقة. كما أن الجاذبية الجسدية لا يقتصر تأثيرها على درجة تقبله من قبل أقرانه فقط ، وإنما يمتد ذلك التأثير إلى تحصيله الدراسي أيضاً. وبالرغم من صعوبة إجراء تغيير في طول الطفل أو مظهره الجسمي ، فإن التطورات الحديثة في الجراحة التجميلية وتركيبات الهرمونات بدأت تقدم بدائل وطرقاً جديدة لأولئك الذين يسبب لهم نموهم الجسمي والعضوي بعض المشكلات النفسية (Baxter and others 1979).

النمو المعرفي والعقلي:

إن المواليد والأطفال يملكون قدرات معرفية أكثر مما يتوقع الراشدون عادة، ولكن هذه القدرات محدودة في الواقع، فعن طريق تفاعلهم مع البيئة يبدؤون بالتعلم وكشف العالم حولهم وبعد ذلك كشف أنفسهم، وهذا هو النمو المعرفي. ومع أن الكثير مما يتعلمه الطفل يأتي من المحيط والبيئة، فإن من الخطأ الاعتقاد بأن الأطفال متلقون ومستقبلون سلبيون. إن النمو المعرفي يتضمن أكثر من التعلم الناتج عن الخبرة والتجربة، إنه يضم أيضاً البحث الفعال عن المعلومات Active-information seeking. ومع نمو الطفل، فإن النضج البيولوجي ينتج قدرات جديدة يمكن استعمالها في التعلم من المحيط. إن النمو المعرفي والعقلي يمكن النظر إليه على أنه تفاعل بين العوامل البيئية والنضج معاً. فنضج الطفل يحدد ما يجب على الطفل تعلمه في مرحلة نمو معينة بالذات، كما أن البيئة تحدد ما إذا كان الطفل تعلم بما توفره من مثيرات. مثلاً، من عمر الثانية حتى السنتين، يكون الأطفال قادرون بيولوجياً وعضوياً على التعلم، ولكن تحديد ما إذا كان الطفل سيتعلم جيداً (بما توفره من مثيرات) إنما يعتمد على الآخرين واستعمال الطفل للغة وما يرتبط بذلك من محفزات ومثيرات.

لقد أثبتت البحوث البيولوجية العصبية قوة الطبيعة التفاعلية للنمو المعرفي عن الأجهزة العصبية للأطفال الصغار، والتي تكون مرنة، ونموهم يعتمد على الخبرات البيئية وتجارب المحيط. إن الخصائص البيئية وصفات المحيط في مراحل الحياة المبكرة، لها تأثيرها الهام أيضاً في تكوين الدماغ وتشكله، هذا التشكل الذي يستمر حتى الرشد (Cotman and Nitto 1982) إن هذا التفاعل بين النضج والبيئة هو الفكرة المركزية والأساسية لبحوث جان بياجيه عن النمو المعرفي. هذا النمو الذي قال عنه بياجيه نفسه، إنه يمر بمراحل، وكل مرحلة يدخل فيها بعض التعديلات في تفكير الطفل. ولكن الأطفال يختلفون فيما بينهم في مدى بلوغهم كل مرحلة من هذه المراحل، إلا أن ترتيبها واحد وثابت

عموماً. لقد شرحت هذه المراحل بالتفصيل في كتب علم نفس الطفل ، ولا بأس من ذكرها باختصار شديد.

المرحلة الأولى وتسمى مرحلة التفكير الحسي ـ الحركي. وتستغرق العامين الأوليين من حياة الطفل وفيها يكتسب الطفل قدرته الأولى على التفكير والاستنتاج من خلال الصور العقلية الحسية وليس من خلال اللغة المجردة. والمرحلة الثانية يسميها بياجيه مرحلة ما قبل التفكير الإجرائي وتمتد بين السنة الثانية والسابعة ، وتبدأ في البداية بفترة يتمكن الطفل خلالها من التعرف على الكلمات والرموز من خلال الموضوعات التي يصادفها أي التطابق بين الكلمة والموضوع. وفي نهاية المرحلة يبدأ الطفل في التمييز بين الرمز (أو الكلمة) والمرموز إليه أو الموضوع. أما المرحلة الثالثة فتبدأ بين السابعة والحادية عشرة وتسمى المرحلة الإجرائية ـ العيانية ، وفيها تنتقل المعالجات الفكرية المحسوسة إلى معالجات تدار في المخ دون ضرورة وجود محسوسات. أما المرحلة الأخيرة فتقع بين الثانية عشرة والخامسة عشرة وتسمى المرحلة الإجرائية الشكلية وهي أقرب إلى التفكير المجرد في أعلى صوره (إبراهيم ١٩٨٥). إن نظرية بياجيه في النمو المعرفي والعقلي ليست الوحيدة حول هذا الموضوع ، فهناك العديد من علماء النفس وأخصائيي القياس النفسي قد وضعوا نماذج عديدة وهامة لنمو العمليات المعرفية عند الطفل. إلا أننا عرضنا لنظرية بياجيه بسبب تركيزها على تفاعل عاملي الوراثة والمحيط أو تفاعل متغيرات النضج والتدريب معاً ودورهما في نمو العمليات المعرفية العقلية.

النمو اللغوي:

تبقى قضية كيفية اكتساب الطفل للغة مشكلة تواجه الباحثين. ولكن المعروف أن اللغة اللفظية تعتمد في نموها على نضج وتدريب الأجهزة الصوتية ، وتمر الأصوات اللفظية بمراحل هي: الأولى ، صيحة الميلاد المرتبطة باندفاع الهواء إلى الرئتين ، والثانية ، مرحلة الأصوات الوجدانية حيث تعبر الأصوات عن حالات الطفل الانفعالية ، والثالثة ، مرحلة التنغيم

حيث تصبح الصيحات أنغاماً يرددها الطفل في لعب صوتي ، وأخيراً مرحلة التقليد (البهي السيد ١٩٧٥).

إن السلوك اللغوي والكلام عند الطفل يمر بمراحل ، كما هي موضحة في الجدول التالي:

العمر	مظاهر النمو اللغوي
شهران	ينتبه الطفل إلى صوت يتكلم
ستة أشهر	مقاطع
تسعة أشهر	دا دا
سنة	يعرف حوالي كلمتين أو ثلاث
١٥ شهراً	يعرف أربع كلمات تقريباً
١٨ شهراً	يعرف ست كلمات، كما يشير إلى الأشياء
سنتين	يمكنه تسمية الأشياء

أما نمو المحصول اللغوي والمفردات فيمكن تلخيصه كما يلي: في السنة الأولى من العمر (ثلاث كلمات) ، وفي السنة الثانية (٣٧٠ كلمة تقريباً) ، وفي السنة الثالثة (٨٩٦ كلمة) ، وفي الرابعة (١٥٤٠ كلمة) ، وفي الخامسة (٢٠٧٣ كلمة) وفي السادسة من العمر (٢٥١٦ كلمة). أما عن الكيفية التي يكتسب فيها الطفل اللغة ، فقد اهتم بها الكثير من العلماء والباحثين في فروع العلوم المختلفة. فمنذ زمن ليس ببعيد وضع سكينر نظرية (١٩٠٧) تقول بأن اللغة تنمو مثلما ينمو أي سلوك إجرائي وأدائي آخر عن طريق الإشراط. ويقول أيضاً إن أنواعاً محددة من الكلمات والمعلومات ، يتم تقويمها وترسيخها في مواقف معينة عن طريق عملية التعلم والتمييز. من جهة أخرى يشدد علماء اللغة ، على أن اللفظ ومعاني الكلمات ووضعها في جمل ، يمكن أن يتحدد من خلال التحليل العام والسابق للجملة التي تقال.

يشدد علماء النفس السلوكيين على أن اللغة يتم اكتسابها عن طريق التعلم الاجتماعي. ولكن النظرية الجديدة التي أخذت تلاقي اهتماماً متزايداً هي التي

تعتمد على فكرة أن الطفل يتعلم (بتفاعل النضج العضوي والتجربة) ليس سلسلة من العلاقات بين الكلمات ، ولكن سلسلة من القواعد التي يتم استعمالها والتي تنتج اللغة . هذه المنظومة القواعدية تسمى القواعد Grammar والتي تضم الضروري من أجل فهم العلاقة بين أنواع الإعراب المختلفة . وسواء نظرنا إلى اكتساب اللغة من خلال وجهة النظر الإشراطية التقليدية ، أم من وجهة نظر القواعد اللغوية الحديثة ، فإن الأمر يرتبط بصورة وثيقة بكيفية تفسير الباحث للضعف اللغوي أو الخلل فيه. فإذا وافق شخص ما على نظرية الإشراط ، فسينظر إلى الضعف اللغوي على أنه نتيجة للتعلم الناقص أو الخاطىء Faulty learning. أما إذا فسر اكتسب اللغة استناداً إلى الأسس البيولوجية ، فسيفسر الضعف وفقاً للنظرية السيكوفيزيولوجية.

سنعود لشرح اكتساب اللغة عندما نتحدث عن أمراض اللغة واضطرابات النطق ، والتي يعيرها علماء النفس العيادي وعلماء النفس المرضي أهمية خاصة . بشكل عام نقول (كما قلنا في النمو المعرفي) فإن النمو اللغوي هو مثال آخر على تفاعل النضج العضوي البيولوجي مع الخبرة والتدريب في عملية النمو.

النمو الخلقي:

إن النمو الأخلاقي يشبه النمو المعرفي والعقلي عند بياجيه ، يمكن النظر إليه على أنه يمر بمراحل متعددة ، كما وضعها كوهلبرج مثلاً . فقد وضع ثلاثة مستويات للنمو الخلقي ، كل مستوى يشمل مرحلتين ، هي التالية:

المستوى الأول هو ، مستوى ما قبل السلوك الخلقي ، ويضم:

١ ـ المرحلة الأولى ، العقاب والطاعة نتيجة للعقاب ، والخضوع للأوامر من أجل تجنب العقاب.

٢ ـ المرحلة الثانية ، أداء بدائي لتحقيق اللذة ، ويخضع الطفل للأوامر من أجل أن يثاب على فعله.

المستوى الثاني ، السلوك الخلقي لإرضاء الآخرين ، ويضم:

٣ ـ المرحلة الثالثة ، سلوك خلقي طيب يؤدي إلى علاقات اجتماعية قوية ويساير الأوضاع والمجتمع لكي لا يكون منبوذاً.

٤ ـ المرحلة الرابعة ، سلوك خلقي يساير السلطة القائمة المتمثلة بالأب والأم والمعلم. . فيسلك خلقياً لكي لا يقع في الخطأ.

المستوى الثالث ، السلوك الخلقي وفقاً للتقبل الذاتي للقيم الخلقية ، ويضم:

٥ ـ المرحلة الخامسة ، سلوك خلقي قائم على العلاقات الاجتماعية التي تحدد ما يجب فعله.

وقد وضع العلماء عدداً من النظريات التي توضح طبيعة السلوك الأخلاقي أهمها نظرية رست Rest التي بين فيها أن هناك أربعة مكونات للسلوك الأخلاقي هي: تفسير الموقف ، سياق السلوك الأخلاقي ووضع خطة السلوك ، اختيار مجموعة القيم التي يجب اتباعها ، وأخيراً تنفيذ خطة الفعل الأخلاقي. وشدد رست في نظريته هذه على تفاعل العناصر الرئيسية الثلاثة للسلوك الأخلاقي وهي: التفكير الأخلاقي ، والانفعال الأخلاقي ، والسلوك ، معتبراً نظرية بياجيه وكوهلبرج من البحوث الهامة التي تمثل هذه النظرية في نمو السلوك الأخلاقي (م. عبد الله ١٩٩٧).

النمو الاجتماعي:

إن الاضطرابات السلوكية بطبيعتها ، تعرف استناداً إلى مجتمع وثقافة معينة. فالسلوك الذي يكون سوياً في مجتمع ما قد لا يكون كذلك في مجتمع أو وقت آخر. واضطرابات الأطفال السلوكية والنفسية دائماً هي تلك التي تعبر عن فشل الطفل في تصرفه وفقاً لمطالب المجتمع وثقافته.

إن لكل مجتمع قواعد وأدواراً على كل فرد أن يتقيد بها. فعندما ينمو الطفل فإنه يتبنى أدوار مرحلته النمائية حيث ينتقل من مرحلة الرضاعة بأدوارها إلى مرحلة المشي إلى الطفولة المتأخرة ، وحتى المراهقة ، ولك منها أدوارها التي يجب أن يسلكها الطفل. فإذا فشل يتبنى الأدوار الجديدة والتصرف وفقاً لها ،

ينظر إليه في مجتمعه على أنه يعاني اضطراباً سلوكياً.

إن العملية التي يتدرب من خلالها الطفل على أن يتبنى الأدوار الاجتماعية لها العديد من الأشكال والنماذج. فالتنشئة الاجتماعية بالرغم من أهميتها ودورها في هذا التعلم والتدريب، إلا أن للعوامل البيولوجية أهميتها. في الواقع إن نشوء ما يسمى علم الأحياء الاجتماعي كفرع جديد، يهتم بدراسة المؤثرات البيولوجية والوراثية في السلوك الاجتماعي (Lumsden. Wilson 1983).

إن العلاقة الأولى التي يشكلها الطفل تعتبر مرحلة هامة من أجل النمو اللاحق. ولهذا السبب فإن الرابطة المتشكلة بين الأم والمولود كانت موضوعاً للعديد من الدراسات. ويجب أن نلاحظ أن الطفل يمر بمراحل متعددة في نمو الرابطة الوجدانية والتعاطف. ففي المرحلة الأولى (والممتدة من الولادة حتى منتصف السنة الأولى) يستجيب الأطفال لكل الراشدين بنفس الدرجة حتى للغرباء أيضاً. حيث لا توجد لهم رابطة مع أشخاص معينين. وخلال الأشهر الستة الأخرى يشكل الطفل تعاطفاً ورابطة وجدانية مع أفراد معينين بالذات (الأم عادة) ويظهر الطفل الانزعاج والتوتر عندما تغيب عنه والدته، وعندما تتشكل هذه الرابطة الوجدانية يبدأ الطفل الخوف من الآخرين والغرباء خاصة، حيث إن وجود هؤلاء أمامه يثير عنده الضيق. وفي السنة الثانية، يبدأ الطفل بتكوين علاقات وصلات أخرى (الأب والأخت الصغيرة..) ولكن تبقى الرابطة الأولى (مع الأم) هي الأقوى. إن لهذه العلاقة الوجدانية التعاطفية الأولى تأثيرها الهام في العلاقات والروابط اللاحقة. وهناك نظريات عديدة تبين كيف تتم عملية التنشئة الاجتماعية. ووفقاً للعالم مكاندلس McCandless (١٩٧٦) هناك خمس نظريات في التنشئة الاجتماعية. الأولى هي النظرية الإنسانية التي تقدم أوصافاً غامضة حول كيفية حدوث التنشئة الاجتماعية، مضيفة موقفاً فلسفياً بأن الناس هم أحرار ومحبون، وأنهم سيصبحون متطبعون اجتماعياً. ويشدد أصحاب هذه النظرية بتفاؤل على المظاهر والصفات الإيجابية عند الناس ويتجاهلون السلوك الشاذ. أما النظرية الثانية فيقدمها علماء

النمو المعرفي الذين ذكرناهم سابقاً. ويشددون على أن التطور والنمو الطبيعي يمر بمراحل ، كما هو الحال في مراحل النمو الخلقي والمعرفي التي ذكرناها. إن التنشئة الاجتماعية وفقاً لذلك تتطلب فقط أن نسمح للطفل بأن يتفاعل مع محيطه بحرية نسبية. أما النظرية الثالثة وهي نظرية التحليل النفسي في التنشئة الاجتماعية فتنظر إلى الطفل على أنه مدفوع بغرائز ودوافع عديدة يبحث عن اللذة والإشباع. والتنشئة وفق ذلك ترتبط بمراحل النمو النفسي الجنسي التي ذكرها فرويد في نمو الشخصية. ولكل مرحلة خصائصها ، ولكن في السنوات الأخيرة شدد المحللون النفسيون على المؤثرات والعوامل النفسية في نمو الشخصية أكثر من السابق. أما النظرية الرابعة التي يصفها ماكندلس فهي نظرية الذات التي تشدد إلى تصور الطفل لذاته في عملية التنشئة الاجتماعية. ووفقاً لوجهة النظر هذه يستجيب الأطفال للمعززات من البيئة باعتبارها وظيفة أو دالة تبين كيف يستمر التعزيز ثابتاً مع صورة الذات. مثلاً الأطفال الذين تكون صورتهم عن ذواتهم ضعيفة قد يرفضون بعض المعززات بسبب شعورهم بأنهم أقل قيمةً كأن يقول: أنا لست جديراً بهذه المكافأة. في حين أن الأطفال ذوي صورة الذات العالية يستجيبون لأية معززات اجتماعية. وتشدد هذه النظرية على أن التنشئة الاجتماعية تعتمد على تلقي الأطفال للمعززات المناسبة. والنظرية الخامسة ، هي السلوكية ، التي ترى أن التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم يتعزز فيها الأطفال لقيامهم بالأدوار المناسبة. وهناك مدى واسع من الآراء والبدائل بين علماء النفس السلوكيين حول درجة طواعية الطفل لذلك. فواطسون مثلاً يعتبر الطفل كالصفحة البيضاء يمكن أن نطبع فيها ما نشاء. إلا أن العلماء السلوكيين حالياً يعتقدون بأن هناك متغيرات عضوية عديدة (يختلف فيها الأطفال) لها تأثير كبير في التنشئة الاجتماعية. والمظهر المهم الخاص بالتنشئة الاجتماعية من الجهة السلوكية ، هو تغير طبيعة المعززات عندما ينمو الأطفال وينتقلون من مرحلة لأخرى. فبينما يكون الأطفال حسَّاسين ، وتثيرهم المعززات العينية المحسوسة (كالطعام والنقود والحلوى..) فإن التنشئة الاجتماعية عند الأطفال الأكبر سناً تتأثر بالمعززات الاجتماعية (كالتقدير والحب والدعم والمكانة..). وفي مرحلة الرشد حيث تكتمل عملية التنشئة

الاجتماعية ، تصبح المعززات ذاتية صادرة من الشخص ذاته ، حيث يعزز الراشدون أنفسهم عندما يسلكون بطرق مناسبة. وكما سنرى حين نتحدث عن الاضطرابات العقلية ، فإن الفشل في الاستجابة إلى المعززات الاجتماعية ، لا تجعل التنشئة الاجتماعية صعبة فقط ، وإنما يحدث أشكالاً من السلوك المنحرف والشاذ.

النمو والارتقاء وعلم النفس المرضي:

إن أهم نقطة يجب أن نتعلمها من الشرح السابق حول النمو ومظاهره ، هي أن النمو عملية تفاعلية Interactive process. فالأطفال لا يولدون وهم صفحة بيضاء كما يقول جون لوك. إنهم أكثر قدرة وهم يرثون عدداً من الاستعدادات والقدرات التي تساعدهم في تطوير محيطهم. إنهم يأتون إلى هذا العالم ومعهم قدراتهم على التواصل العاطفي وإقامة رابطة وجدانية ، وقدرة على التعلم ، وعلى النطق واللغة أيضاً. وفوق ذلك فإن أجهزتهم العصبية تظهر درجة عالية من المرونة ، يمكن أن تتعدل بالتجريب والخبرة والتدريب.

إن كل أشكال النمو ومظاهره التي ذكرناها: النمو العضوي الجسمي ، والمعرفي العقلي ، والاجتماعي ، والخلقي ، واللغوي تعتمد جميعها على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وكما سنرى لاحقاً ، فإن الفشل أو الخلل في أي من هذه المظاهر والمهمات النمائية المرافقة لها (سواء مرض وراثي ، أو حرمان نفسي ، أو فقر ثقافي ، أو انحطاط اجتماعي..) يمكنها جميعها أن تنتج اضطرابات سلوكية ونفسية. وإذا ركزنا حتى الآن على مظاهر النمو ، فإننا سنتحول بشرحنا الآن لبحث العوامل المسببة Etiological للأمراض النفسية عند الأطفال والمرتبطة بالنمو أيضاً.

العوامل المسببة لأمراض الأطفال النفسية:

كما تبين من الشرح السابق ، فإن اضطرابات الأطفال النفسية ، تنشأ بسبب عوامل متنوعة ومتفاعلة مع بعضها. هناك بعض الاستثناءات طبعاً. مثلاً أحد أشكال التخلف العقلي (أي زملة داون) أو المنغولية ، تعرف على أنها نتيجة

حادث حيني خلال مرحلة الحمل. والأمراض العقلية خلال الحمل (كالحصبة الألمانية مثلاً) يمكنها أن تنتج مثل هذه الاضطرابات عند الأطفال. هذه الحالات استثنائية جداً عند الأطفال. إلا إن أكثر الاضطرابات التي سنشرحها في سياق هذا الكتاب لا تخضع لمثل هذا الاستثناء والسبب، فعواملها المسببة تنشأ من تفاعل معقد للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وسنشرحها لاحقاً عند حديثنا عن الاضطرابات النفسية والسلوكية. إلا أننا سننظر الآن بشكل عام لأهم العوامل المسببة لاضطرابات الأطفال النفسية.

العوامل الجينية الوراثية وأمراض الأطفال النفسية:

إننا عضويات بيولوجية، تلعب العوامل البيولوجية دوراً هاماً في تحديد الطرق التي نتصرف بها. ويتفق الجميع على أن العوامل البيولوجية تحدد المظهر الجسمي، وأن الشخصية ونمط السلوك إنما ينتج عن خبرة الحياة والتعلم. فالسلوك الإنساني في الواقع يتأثر بتفاعل العوامل البيولوجية والنفسية معاً.

إن للإنسان تاريخاً طويلاً يعود إلى ملايين السنين، وعملية النشوء تتحدد من خلال ثلاثة مؤثرات رئيسية: المتغير الوراثي أو الجيني، والتكيف، والانتخاب أو الانتقاء. وتلعب العوامل الجينية دورها في كل الكائنات الحية. وكل عضو من هذه الكائنات يختلف من حيث الأساس الجيني. وباستثناء التوائم المتماثلة، فلا يوجد اثنان لهما نفس الخصائص الجينية، وهذا سبب عدم تشابه الناس، وسبب اختلافهم في السلوك. أحياناً تقود المتغيرات الجينية الوراثية إلى بعض الخصائص التي تعتبر طرفاً وحداً للأخرى، وهذه الميزة التكيفية لها دور هام في الإخصاب. ومن الوجهة التطورية، فإن التكييفات الظاهرة تكون مصطفاة من أجل البقاء.

إن النشوء والتطور لا يتضمن فقط تغيرات في المظهر والشكل، ولكن أيضاً في أشكال سلوك الأنواع الحية. وقد بينت البحوث التجريبية أن في الحيوانات على الأقل، أشكال معقدة من السلوك تحدث عملية تطورية نشوئية، وهذه الأشكال من السلوك تسمى عادة غرائز Instinct للإشارة إلى

أنها وراثية. والحقيقة الأكثر تعقيداً كما بينها هيلمان في مقال بعنوان «كيف يتم تعلم الغريزة» ، كيف تتفاعل المؤثرات والعوامل البيولوجية مع العوامل البيئية لتعليم الطيور الصغيرة كيف تنقر منقار الأكبر منها. في البرية تتغذى الطيور الصغيرة عندما تنقر في منقار الكبار منها ، وإذا فشلت في النقر ستموت. ولكن كيف تتعلم أن تنقر في هذا المكان بالذات؟ لقد حاول هيلمان أن يطبق نموذجاً يفسر فيه ذلك. إن للنورس الراشد منقاراً أصفر يحتوي قسمه الأسفل على نقطة حمراء. وبالرغم من أهمية عدد من خصائص منقار الراشد ـ حركته ، شكله ، المسافة بينه وبين الفرخ ، تدلي شيء (الطعام عادة) منه ـ فإن المثير الفعلي للنقر هو النقطة الحمراء على ما يبدو. وقد حدد ذلك باختبار سلوك النقر لدى فرخ واجه نماذج من رؤوس هذه النوارس الراشدة ، وكانت كل المناقير في هذه النماذج صفراً ، في حين تنوعت النقطة بحيث كانت في كل مرة ، من أحد الألوان التالية: الأحمر ، الأسود ، الأزرق ، الأبيض والأصفر. وقد تبين أن أكبر مقدار من النقر حدث حين كان لون النقطة أحمر.

إن تفضيل اللون الأحمر يبدو غريزياً لدى فرخ النورس. إلّا أن المثال التالي يبين أن هذا السلوك قد نما واكتمل ضمن النموذج المنوالي للفعل بتأثير عوامل محيطيه.

وقد استخدمت ، في هذه الدراسة ، أيضاً ، نماذج من رؤوس النورس الراشد. ففي اليوم الأول بعد التفقيس ، استجرت النقطة الحمراء النقر ، وكان ذلك ناجعاً سواء أكانت النقطة على المنقار أم كانت في مقدمة الرأس. وبعد عدة أيام من التعلم والممارسة في المحيط ، فقدت النقطة الحمراء في مقدمة الرأس الكثير من نجعها ، في تزايد نجع هذه النقطة على المنقار. إن الميل الغريزي إلى نقر النقطة الحمراء أينما وجدت على رأس النورس الراشد قد عدل بالخبرة بحيث تحول إلى الشكل المكتمل ، شكل نقر النقطة الحمراء على المنقار.

وقد ثبت تفاعل العوامل البيولوجية الوراثية والبيئية الخارجية حتى مع وجود الأقران والمستوى الاجتماعي نفسه. إن الإنسان يملك قدرات على التكيف مع البيئة والمجتمع حوله. وقد قال واطسون مسبقاً كيف يمكنه أن يجعل من

المواليد ، الرجال الذين يرغب فيهم. ولكننا لا نستطيع تجاهل أن الإنسان عضوية بيولوجية له استعدادات وراثية كامنة فيه. طبقاً لذلك يختلف الناس عن الحيوانات ، ولكنهم يشتركون في خاصية مهمة وعامة بينهم ، وهي أن سلوكهم يتشكل من خلال اجتماع الاستعدادات البيولوجية الوراثية والخبرات البيئية وتفاعلهما. ومع أن الكثير من العلماء المحدثين يعتقدون بأن سلوك الإنسان هو نتيجة لتفاعل المتغيرات الوراثية والخبرة أو المحيط ، فإن الأهمية النسبية لكل منهما ما يزال موضع خلاف وجدال. فعلماء الأحياء الاجتماعي يملون إلى اعتبار الغلبة للعوامل الوراثية ، في حين يميل بعض علماء النفس مثل واطسون إلى تأكيد الغلبة للعوامل البيئية. إن الانتقاد الذي تعرض له أصحاب الاتجاه الأول (علم الأحياء الاجتماعي) هو أن للخبرات دوراً هاماً في تشكيل السلوك الإنساني. فالسؤال إذاً: ما هو الأكثر أهمية ـ الوراثة أم البيئة (الطبيعة أم التطبع) ـ سنعود إليه لاحقاً.

سنجد خلال بحثنا أن ذلك أمر لا يمكن الإجابة عنه في أكثر الحالات وفي الكثير من أشكال السلوك. ولكننا نعترف بأن فهمنا للطبع (الوراثة البيولوجية) والتطبع (البيئة الخارجية) يساعدنا كثيراً في فهم الأطفال المضطربين نفسياً.

إن كل شخص يقرأ هذا الكتاب ، يعرف أن الاستعدادات الوراثية تنتقل من مولود إلى آخر عبر المورثات ، وأن كل واحد منا يملك ٥٠ ألف مورثة (جينة) تجتمع في ٢٣ زوج من الكروموزومات ، وفي كل زوج من الكروزومات فإننا نرث واحداً منها من الأب والآخر من الأم. إلا أن كل شخص له تجمع كروزومي مختلف تماماً باستثناء التوائم المتطابقة أو المتماثلة ، وذلك لأن هذه الأخيرة ناتجة أساساً من انقسام بويضة مخصبة واحدة. ولكن ليست كل التوائم متطابقة ، فهناك توائم مختلفة وهي الناتجة عن إخصاب بويضتين مستقلتين ، وهذه ليست متشابهة وراثياً.

هناك بعض الشذوذات التي تحدث في بعض الكروموزومات محدثة اضطرابات معينة مثل زملة داون (المنغولية) التي تعود إلى وجود ٣ كروموزومات بدلاً من اثنين (زوج). فزملة داون وغيرها من الشذوذات الوراثية

سنتطرق إليها عند حديثنا عن الاضطرابات العقلية عند الأطفال. ولكننا نبين الآن أن العديد من السمات التي تؤثر في السلوك تتأثر بمورثات متعددة كثيرة. وهذه السمات كثيراً ما تمت دراستها باستعمال الطرق الوبائية البيولوجية. ومن أفضل الطرق المتبعة في مثل هذه البحوث، دراسة التوائم المتماثلة (التي لها نفس المورثات). إن لهذه العوامل الدور الكبير في وراثة الصفات الجسمية أولاً، وكلما انتقلنا بالتدريج وعلى التوالي إلى الصفات الانفعالية ثم العقلية وأخيراً الأخلاقية والاجتماعية، قل تأثير الوراثة وزاد تأثير العوامل البيئية الخارجية (م. عبد الله ١٩٩٥).

العوامل السببية قبل الولادة:

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر في الجنين عن طريق الأم الحامل. فالأدوية والتسمم خلال الحمل تؤثر في الجنين. وهناك بعض الأدوية المسكنة لها تأثير مباشر في الجنين وبعضها الآخر لا يظهر تأثيره إلا بعد سنوات. والنساء المدمنات على المواد المخدرة خلال فترة الحمل يؤدي إلى ولادة أطفال مدمنين. وهناك ما يسمى «زملة الكحول الجنينية ـ عند الجنين» والتي تنتج عن أمهات مدمنات، ومثل هؤلاء الأطفال سيعانون الكثير من أشكال الضعف والشذوذ خلال حياتهم كما أن أكثرهم عرضة للموت. وبالإضافة إلى الأدوية، فإن للتدخين آثاره الضارة في الجنين. وفوق ذلك فإن سوء التغذية أو فقدان بعض المواد الضرورية (كالفيتامينات والبروتينيات) يزيد من احتمال ولادة أطفال منخفضي الذكاء، وتأخر في النمو، وأشكال من السلوك الشاذ عند المواليد. والعامل المهم الآخر، هو عمر الأم حين الإخصاب. ولهذا العامل دور هام في نمو الجنين. فقد تبين أن نسبة ولادة الأطفال الذين يعانون من زملة داون تزداد كثيراً عندما تكون الأم الحامل قد تجاوزت سن الخامسة والثلاثين حين الحمل. كما أن الأطفال ذوو الترتيب الأول والأخير بالولادة أكثر احتمالاً لتعرضهم لتلك المخاطر من المتوسطين. وربما يرتبط هذا أيضاً بعمر الأم الحامل.

إضافة إلى العوامل السابقة (الإدمان، والأدوية، والتغذية، وعمر الأم)

هناك عامل آخر وهو العدوى التي يمكن أن تنتقل إلى الجنين خلال الحمل. فقد تبين أن هذه العدوى مسؤولة عن العديد من أشكال السلوك الشاذ والاضطرابات عند الأطفال. كما أن الأمراض التي تعانيها الحامل، كالسكري وحتى القلق والانفعالات، جميعها تؤثر في الجنين. وسنشير إلى هذه العوامل في سياق هذا الكتاب، ويجب الانتباه إلى أن تأثير هذه العوامل يخف بدرجة كبيرة عندما يتم تحسين التغذية والعناية بالحامل.

العوامل السببية في مرحلتي المهد والطفولة:

إن عملية الولادة نفسها تؤثر في المولود، فإذا كان نقص الأكسجين كبيراً فالنتيجة خلل في الدماغ. وهناك عوامل عديدة تسبب هذا النقص خلال الولادة. وهناك بعض الأطفال يتعرضون لخلل في عملية الولادة لسبب أو أكثر. إن الضعف في عملية الأيض يعتبر من عوامل الخطر التي تحدث العديد من الاضطرابات السلوكية. إضافة إلى ذلك فإن أمراضاً مثل التهاب السحايا Mengities يحدث حساسية عالية ويقود إلى خلل أو رضة دماغية وبالتالي اضطرابات عقلية. إن أذيات الدماغ التي تحدث بسبب الحوادث والصدمات والأمراض في الرأس لها تأثير شديد سنتحدث عنها في بحث أمراض الدماغ. ويكفي الإشارة إلى أن المرض وخاصة إذا كان مزمناً Chronic ومترافقاً بدخول المشفى لفترات طويلة سوف يؤدي إلى اضطرابات في السلوك. كما أن المؤثرات الاجتماعية المبكرة في الحياة من العوامل المسببة للاضطرابات السلوكية. وقد أشرنا في قسم سابق إلى أهمية الرابطة الوجدانية والتعاطف منذ الأيام الأولى للمولود، وأن الفشل في مثل هذه الرابطة يقود إلى اضطرابات نفسية خطيرة.

إن ترتيب المولود، تمت الإشارة إليه سابقاً. ومع أن السمات النفسية المختلفة هي التي تميز الأطفال المولودين أولاً عن المولودين لاحقاً، فعن هذه السمات لم تلاقِ البحث الكافي الدقيق. ومن العوامل السببية الهامة في العديد من مشكلات الأطفال الفقر. ويبدأ الفقر تأثيره حتى قبل الولادة. والمعروف أن الفقر في البلدان النامية يؤدي إلى ولادة أطفال وزنهم دون المعدل الطبيعي. ويعتبر هؤلاء المواليد مهيئين أكثر من غيرهم للتعرض

للأمراض في مرحلة الطفولة. كما أن للفقر تأثيره بعد الولادة أيضاً. فسوء التغذية وعدم العناية الضرورية والإجهاد كله عوامل تؤثر في الأطفال. من جهة ثانية ، تبين أن الطلاق يتزايد في كل المجتمعات. ففي أمريكا مثلاً تضاعف عدة مرات بين ١٩٧٠ و١٩٨٠ ، والكثير من الأسر المفككة تحتوي أطفالاً. وقد بين بعض الباحثين أن نصف الأطفال الذين يولدون حالياً تقريباً سيقضون حياتهم مع والد واحد فقط. وبالرغم من وجود فروق في الدرجة ، إلا أن الطلاق يترافق مع صراعات أسرية وخلافات زوجية ، وكثيراً ما يحدث نتيجة عوامل مادية ، وبذلك تجتمع العوامل المادية والاجتماعية مع بعضها في تأثيرها (Schwartz and Johnson 1985). إن الآثار الانفعالية التي يخلفها الطلاق في الأطفال ذات تأثير خطير ، فالكثير من هؤلاء الأطفال يلومون أنفسهم بسبب تفكك أسرهم ويصبحون مكتئبين. هذا بالنسة لأطفال ما قبل المدرسة ، أما بالنسبة لأطفال المرحلة الابتدائية ، فتنشأ نفس ردود الفعل أيضاً ترافقها مشاعر الغضب وعدم الارتياح. أما في المراهقة فيجد الفرد صعوبة في التكيف مع أسرته المفككة. إن أكثر خدمات العلاج والإرشاد النفسي قد نشأ لتقديم خدماته خصيصاً إلى الأسر المفككة والمطلقة لأن الطلاق والانفصال وافتقاد أحد الوالدين ، يزيد من احتمالية حدوث الاضطرابات النفسية والسلوكية عند الأطفال.

ومن المشكلات الاجتماعية الهامة في علم نفس الأطفال المرضي ، سوء معاملة الأطفال Child abuse ، سواء كان سوءاً جنسياً أم جسدياً ، فمثل هؤلاء الأطفال عرضة للأمراض الجسمية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية ، والكثيرين منهم يموتون (Broadhurt and Others 1979). وبالرغم من وجود فروقات قانونية بين سوء الاستعمال الجنسي ، والإدمان ، والتجاهل أو الإهمال ، فإن لها جميعها نفس الآثار النفسية والمخاطر السلوكية. ففي بعض المجتمعات (كسويسرا مثلاً) يعتبر الصفع والضرب spank سوء معاملة للطفل ، في حين ما يزال يستعمل في المدارس الإنكليزية ودول الكمونويلث ، كوسيلة تربوية. بالطبع عندما تصل سوء المعاملة (سواء الجسمية أم التجاهل) إلى حد متطرف فإنها ليست بحاجة إلى محام ليقرر ما إذا

كانت المشكلة موجودة. إن الأهل الذين يسيئون معاملة الأطفال، لم يتبين ما إذا كانوا يعانون من اضطرابات طب نفسية، ولم يثبت ما إذا كانوا من ذوي الطبقات المنخفضة، ولكن أكثرهم من ذوي الطبقات المتوسطة والمستوى الثقافي الجيد.

لقد وضعت العديد من البرامج الإرشادية والتربوية الموجهة لخفض حدوث سوء معاملة الأطفال. ففي مجلة حديثة وعنوانها «سوء المعاملة والتجاهل والإهمال» والتي تم تأسيسها بسبب تفاقم هذه المشكلة وزيادة الاهتمام بها.

العوامل السببية في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة:

بالرغم من أن الأطفال والمراهقين قد يكونون أكثر عرضة للحوادث والأمراض، إلا أن أكثر العوامل المسببة في هذه الأعمار، تكون ذات طابع اجتماعي أساساً وهناك مؤثرين هامين جداً هما: نمو علاقات الأقران، والقدرة على القيام بالعمل المثمر.

تعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة، بداية تكوين الراشدين، حيث يبدأ المراهق في تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية، تلعب دوراً هاماً في تقبل الشخص لذاته، وتحدد له العديد من أشكال السلوك التي عليه القيام بها حتى نوع اللباس الذي يرتديه واللغة التي يستعملها. إن الانصياع والمسايرة للجماعة والأقران له آثاره الهامة في شخصية المراهق. والتأثير الآخر لجماعة الأقران هو أنها قد تكون مجالاً للإدمان أيضاً. فالكحول والتدخين منتشر في أمريكا بكثرة. كما أن نصف طلاب المدارس يستعملون هذه المواد (Abelson and others 1977). فالإدمان على المخدرات والخمر ينتشر بكثرة عند هؤلاء المراهقين. وبالرغم من انتشار الكثير من المشكلات النفسية والاضطرابات السلوكية عند هؤلاء المدمنين، فإن الدراسات وجدت علاقة ترابطية ضعيفة بين الأمراض الطب نفسية (كالقلق والاكتئاب) وسوء استعمال العقاقير والمخدرات. ولسنا بحاجة للقول أن هناك عوامل عديدة تؤثر في استعمال المواد المخدرة. ولكن لا يوجد شك بأن تأثير الأقران له الدور الهام.

إن العلاقات بين الأقران فرصة ليتعرف المراهقون على أفراد الجنس الآخر

والتغيرات الهرمونية في البلوغ تثبت أن الذكور والإناث يهتمون كثيراً بأفراد الجنس الآخر. إن المعاقين والمتخلفين عقلياً يعانون من صعوبات ومشكلات متعددة تعيقهم عن الدخول في مثل هذه العلاقات. والنتيجة الانعزال الاجتماعي، وضعف تقدير الذات والفشل في تكوين علاقات بينشخصية طبيعية. إن الانصياع لمعايير جماعة الأقران، واحد من العوامل الهامة المسببة لجنوح الأحداث. وكما سيتبين معنا في البحث الخاص بالجنوح، فإن بعض المنحرفين والجانحين يقومون بأشكال من السلوك اللاجتماعي طبقاً للمعايير الشاذة والمنجرفة لجماعة الأقران نفسها.

إضافة لعلاقات الأقران، فإن مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة هي فترات يصبح فيها العمل ذا أهمية كبيرة للفرد. وبالرغم من أنهم في المدرسة، إلا أنهم يبدؤون في التفكير الجاد بالعمل الذي سيقومون به خلال حياتهم أو حتى خلال العطل. إن الهوية الذاتية تتكون من خلال القيام بعمل مثمر. وعندما يقترب من مرحلة الرشد يأخذ العمل أهمية متزايدة. إنه ليس مجرد عمل لكسب النقود، ولكنه يزود الفرد بمشاعر الكفاءة والجدارة وتقدير الذات. إن أهمية القدرة على العمل وتأثيرها في الراحة النفسية (والصحة النفسية) قد درست كثيراً من قبل العديد من العلماء (Vaillant 1981)، فقد وجد هذان الباحثان من خلال دراستهم على عينة تتألف من ٤٥٦ رجل، أن القدرة على العمل (كما قيست عن طريق الدخل، والرضا عن العمل) ترابطت بدرجة عالية مع الصحة النفسية. والأكثر أهمية، إنه قد وجد أن المراهقين الذين يقومون بأعمال لبعض الأوقات وأنجزوا الكثير من المهمات المنزلية النظامية والضرورية، أو عملوا بموضوعات دراسية إضافية زائدة عن المنهاج، كانوا أقل تعرضاً للأمراض السلوكية من أولئك الذين لم يظهروا قدرة على العمل ولم ينجزوا مثل هذه الأعمال. إن الأطفال الذين يفشلون في تطوير قدرتهم على العمل، لسبب أو لآخر، يكونون أكثر احتمالاً لتطوير اضطرابات في السلوك في مراحل الحياة اللاحقة والمتأخرة.

* * *

الفصل الثاني

التقويم التشخيصي والتصنيف لأمراض الأطفال النفسية

بغضّ النظر عن التوجه النظري ، فإن أكثر علماء النفس العياديين والمتخصصين بالصحة النفسية للأطفال ، يتفقون على أن التقدير والتقويم التشخيصي ، مطلب ضروري من أجل العلاج الناجح للاضطرابات النفسية. إن الطبيعة الخاصة للطرق المطبقة وأهداف التقدير والتشخيص ، تختلف استناداً إلى النموذج الإكلينيكي الذي يعتمده المعالج في النظر للاضطراب. مثلاً ، ربما تطبق طرق التقدير والتقويم التشخيصي كمحاولة لتحديد الصفات الشخصية للطفل والطبيعة الأساسية التي تقف خلف مشكلاته النفسية بحيث يمكن علاج الأسباب المحدثة للاضطراب. ويمكن لطرق التقويم التشخيصي أن تتوجه إلى أشكال السلوك الملحوظ أكثر من التركيز على العوامل المسببة والكامنة. ففي الحالة الأخيرة ، يركز المعالج السريري على أشكال السلوك الخاصة التي تقود إلى إحالة الطفل ، وعلى المحيط والسياق الذي يظهر فيه هذا النوع من السلوك ، والعوامل التي تعتبر بمثابة معززات تحافظ على الاضطراب والسلوك الشاذ في بيئة الطفل نفسه. . وفوق ذلك فإن أكثر المعالجين ينظرون إلى التقدير والتقويم التشخيصي على أنه خطوة هامة جداً ، ويستعملون فيه طرقاً وتقنيات تقويمية وتشخيصية متنوعة لبلوغ الأهداف المراد الوصول إليها.

ويعتمد الاختصاصيون على تصنيف Classification الاضطرابات النفسية ، مدفوعين جزئياً على الأقل ، بأن تناذرات (التناذر هو اجتماع لعدة أعراض متلازمة تشكل مرضاً مستقلاً ، ولذلك يسمى التناذر متلازمة أو زملة) خاصة يمكن أن تتواجد ، وأن هذه الاضطرابات ذات طبيعة خاصة وعوامل سببية محددة. وفوق ذلك فقد افترض أنه من أجل علاج فعال يجب إجراء تشخيص مناسب ودقيق. ولعدة سنوات مضت ، وضعت طرائق متنوعة للتصنيف ، وكما سنرى ، فإن بعضها أكثر صلة باضطرابات الأطفال النفسية ويركز عليها بدقة أكثر من غيره. وسنبحث في هذه الفصل طرق التقدير والتقويم التشخيصي النموذجية المستعملة مع الأطفال ، كما سنبحث عدة اتجاهات لتصنيف اضطرابات الأطفال النفسية والسلوك المرضي أو الشاذ عندهم ، وفوائد هذه التصنيفات ومساوئها. وسنركز على تقنيات التقدير والتقويم التشخيصي السلوكي القديمة والحديثة الخاصة بالأطفال.

مقابلة الطفل والوالدين :

إن الطفل ووالديه من أهم مصادر المعلومات التي نحصل عليها حول سلوك الطفل. إن أكثر المعلومات التي نحصل عليها من المدرسة ، إذا كان الطفل في سن المدرسة ، ومن المصدر الذي أحاله إلينا للعلاج ، إذا لم يكن المدرسة أو الأهل ، ومن الطبيب المعالج الذي تعالج عنده أخيراً. وعن طريق هذه المعلومات (التي يتم دعمها باستخدام الاختبارات النفسية) يتأكد المعالج النفسي مما إذا كان سلوك الطفل سوياً أم شاذاً بالنسبة إلى عمره وبيئته وللعوامل التي تساهم في صعوباته. هذه كلها يجب تحديدها بدقة لمعرفة نوع الاضطراب الذي يعانيه الطفل. وسنركز الآن على مصدرين أو تقنيتين من تقنيات التقويم التشخيصي والتقدير في الحصول على المعلومات عن الطفل وهما: مقابلة الوالدين ، ومقابلة الطفل ، ثم نبحث في الاختبارات النفسية.

مقابلة الوالدين :

إن مقابلة الوالدين هي الخطوة الأولى في عملية التقويم والتقدير. فالوالدان في العديد من الحالات ، هما أول من يلاحظ حالة الطفل وسلوكه ويلاحظان

نموه وأشكال سلوكه المميزة في مواقف عديدة. ونتيجة لذلك فإنهما قادران على تقديم معلومات مفصلة أكثر من مجرد ملاحظة سلوكه في العيادة أو في المنزل. ففي مثل هذه الحالات التي يكون للأهل فرصة ضعيفة في ملاحظة سلوك طفلهم أو غير قادرين على تقديم المعلومات الضرورية ، فإن مقابلتهما يمكن دعمها من كل من له علاقة بالطفل.

في مقابلة الأهل (أو من يعتني بالطفل) يحاول عالم النفس المعالج الحصول على المعلومات المتعلقة بالطبيعة الخاصة لمشكلة الطفل وسلوكه، ومدى دوام هذا السلوك المشكل أو المضطرب واستمراريته، وطبيعة الأحداث المهيأة، والمواقف التي ظهر فيها، وكيف استجاب الطفل لهذه المواقف والأحداث، وردود فعله على الآخرين المحيطين به، ومحاولاته السابقة في التكيف مع المشكلة ومواجهتها. إضافة إلى ذلك، يحاول عالم النفس المعالج الحصول على معلومات حول التاريخ النمائي للطفل (متى استطاع الوقوف، والمشي، والنطق، والتدريب على الإخراج..)، وكذلك التاريخ الطبي (الحمل، وعملية الولادة وظروفها، والصدمات والأمراض..)، والأداء المدرسي (دخول المدرسة، الرسوب، التحصيل..)، والعلاقات الاجتماعية مع الأهل والآخرين. وخلال المقابلة يحاول المعالج أن يحدد اتجاهات الأهل ومواقفهم من موضوع تربية الطفل ورعايته، وتوقعاتهم حوله، وعلاقة اتجاهاتهم وسلوكياتهم بمشكلة الطفل أيضاً.

ومع أن المعلومات التي نحصل عليها من مقابلة الأهل هامة، إلا أنها عرضة للتشويه والتحيز. فقد يتجاهل الأهل ذكر بعض الموضوعات عن قصد أو غير قصد، وقد تكون هذه الموضوعات ذات أهمية كبيرة. ومن جهة ثانية فربما لا يعرض الأهل معلومات تتعلق بالدور الذي لعبوه في خلق مشكلات الطفل وبذلك لا يكونوا موضوعيين. ولذلك يجب دعم هذه المعلومات بمعلومات أخرى من مصادر مختلفة ذات صلة بالأهل والطفل.

ففي إحدى الدراسات التي قام بها جراهام وروتر (١٩٦٨) حيث وصف طرق المقابلة التي يستعملها المعالجون النفسيون للحصول على المعلومات من

الأهل حول سلوك طفلهم في السنة الأخيرة. ففي القسم الأول للمقابلة تم سؤال الأم عما إذا كان الطفل قد عاش مشكلات سلوكية أو مشكلات عصبية فكان الجواب بالنفي. ثم انتقل الباحث للسؤال الثاني ، إذا ذكرت المشكلات وكانت موجودة عند الطفل ، سئلت عما إذا كانت هناك مشكلات إضافية. كما طلب الحصول على معلومات إضافية عن المشكلات التي ذكرت (مثلاً ، إذا كانت المشكلة أسوأ مما ظهرت عند الطفل لمثل سنه ، فالسؤال كان حول المحاولات التي أتبعت التعامل معها ، وكيف استقبلت الأم ذلك ، وما الذي يجعل المشكلة أحسن أو أسوأ ، ومعرفة تكرار السلوك وأين حدث..). أما القسم الثاني للمقابلة ، فقد سأل الباحثان ٣٦ سؤالاً يتعلق بحدوث السلوك المشكل الذي له الأهمية الكبرى. مثلاً سئلت الأم عما إذا أظهر الطفل مخاوف خاصة ، أو سلوكاً لا اجتماعياً ، أو نشاطاً زائداً ، أو تبلل الفراش... وبالنسبة لكل مشكلة من هذه المشكلات السلوكية المذكورة ، حاول الفاحص الحصول على مزيد من المعلومات تشابه تلك التي حصل عليها في القسم الأول.

إن طريقة المقابلة ، قد استعملت من قبل ٢٦٨ أم لأطفال تتراوح أعمارهم بين العاشرة والحادية عشرة من العمر ، تم اختيارهم على أنهم يعانون مشكلات سلوكية (وقد تمت مقابلة ٣٦ أم مرة ثانية في وقت لاحق). وكان تقدير كل إجابة من الإجابات على الأسئلة الست والثلاثين ، يتراوح بين ٤ درجات: لا يوجد شذوذ ، يشك بوجوده ، شذوذ واضح ولكنه غير محدد ، شذوذ واضح ومحدد تماماً (وكلمة شذوذ تعني الاضطراب وأعراضه). وبتطبيق هذه الطريقة حصل جراهام وروتر على معطيات تتعلق بصدق هذه التقديرات ودرجة التجانس بين المعطيات التي تم الحصول عليها بهذا الاختبار مع تلك التي حصل عليها في المقابلة الموجهة (في القسمين الأوليين المذكورين سابقاً). وقد وجدا أنه حين يكون الفاحصان أو المعالجان قد أجريا نفس الاختبار والمقابلة الموجهة ، فإن الترابط بينهما ٨١٪ مما يدل على اتفاق عال حول الشذوذ وسوء التكيف الحاصل.

إن حالات سوء التكيف في بعض المشكلات الخاصة (مثل النشاط الزائد ،

والسلوك اللااجتماعي) اعتمدت على الاستجابات الخاصة بالبنود (أو الأسئلة الـ ٣٦) ويتبين أنها ذات ثبات جيد. إن التقديرات حول مستوى سوء التكيف، اعتمد على الاستجابات التي تم الحصول عليها من الأمهات في المقابلتين المختلفتين، وقد تبين أن ثباتها بحدود ٦٤٪ (درجة الترابط ر= ٠,٦٤). وقد لاحظ الباحثان أن الأمهات غالباً ما فشلن في تقرير المشكلات تلقائياً في المرحلة الأولى، بينما العكس كانت هذه المشكلات واضحة وتم التعبير عنها في المرحلة اللاحقة للمقابلة الموجهة. لقد قوبلت الأمهات مرتين وأظهرن ثباتاً جيداً في تقريرهن للمشكلات كما بينتها معامل الترابط بحدود ٦٤٪.

تبين نتيجة هذه الدراسة أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من المقابلة الموجهة يمكن استعمالها من قبل المعالجين النفسيين من أجل الوصول إلى أحكام موثقة حول مستوى سوء التكيف (وشذوذ السلوك) ولكن الأهل غالباً ما يكونوا غير ثابتين في إدراكهم مشكلات أطفالهم كما يفشلون في التعبير والقول عن المعلومات الهامة ذات المغزى خلال المقابلة الموجهة أو المفتوحة. يبدو أنه من أجل الحصول على معلومات عن المشكلات السلوكية المميزة، فإن الجمع بين المقابلة الموجهة والمفتوحة ذات فائدة جيدة. إن فائدة المقابلة الموجهة مع الوالدين قد درسها العديد من العلماء مثل هيجنك وبراون ويت (Herginc, Brown, Wheatt).

مقابلة الطفل:

إضافة إلى مقابلة الوالدين فإن لمقابلة الطفل أهميتها الكبيرة أيضاً. فمع الأطفال الذين يفتقدون للمهارات اللفظية المتطورة، يمكن إجراء المقابلة في مكان اللعب حيث ينشغل الطفل. وبالإضافة للحصول على معلومات عن سلوكه الظاهر (كيف ينفصل عن أهله ويأتي للمقابلة) ومن خلال المحادثة معه يمكن أن نقول إن لعبه قد يعكس خصائص الشخصية، وإن مثل تلك الأنشطة واللعب التي يقوم بها تزود تبصراً في طبيعة مشكلاته. وفوق ذلك فإن اختياره للألعاب والمواد التي يلعب بها (كالمسدس مثلاً) قد يشير إلى السلوك العدواني. ومن المفيد ملاحظته في غرفة اللعب. وبالرغم من أن هذه

المعلومات التي نحصل عليها بالملاحظة مفيدة ، فإن صدقها وثباتها موضع تساؤل. ومع الأطفال في نهاية مرحلة الطفولة وبداية المراهقة ، تأخذ المقابلة شكل التواصل اللفظي بين الفاحص والمفحوص (الطفل). ويجب الانتباه إلى أن نمو العلاقة والمودة والحفاظ عليها ، ذات أهمية كبيرة في هذه المرحلة من العمر بشكل خاص. إن العديد من الأطفال في البداية يقاومون تكوين مثل هذه العلاقة مع الفاحص حتى يتعلموا أن هذا الشخص يمكن الثقة فيه ، وأنه يجب تقبل سلوكه كاملاً حتى يقدم المساعدة. إن عدم وجود مثل هذه العلاقة التعاونية يزداد بزيادة وجود القلق عند الطفل في مثل هذا الموقف مما يعيق بحث العديد من النقاط الهامة في المقابلة. لذلك يجب أن نعير انتباهاً خاصاً لمثل هذه العلاقة من أجل تسهيل التواصل اللفظي مما يتيح المجال للحصول على المعلومات الهامة المتعلقة بمشكلات الطفل.

بالرغم من النوعية الخاصة والمميزة للمعلومات التي يتم الحصول عليها عن طريق المقابلة ، فإنها تختلف استناداً إلى طبيعة المشكلة موضوع البحث والعلاج فإن المصادر الأخرى المتاحة للمعلومات يجب الحصول عليها والتعامل معها بدقة. والجدول التالي يضم عدداً من المجالات التي يحاول الفاحص الحصول عليها عن طريق المقابلة.

المجـــال:

أمثلة عن المواد الخاصة في كل مجال

لكل الأعمار:

المشكلة التي دفعت لإحالة الطفل للعلاج. ما هي المشكلة الرئيسية التي يعتقد الطفل أنه يعانيها؟

هل يعتقد بأن هذه المشكلة تتطلب إحالة للعلاج؟

ما هي المساعدة التي يعتقد الطفل أنه بحاجة إليها؟

الاهتمامات:

ماذا يرغب الطفل بعمله (في وقت الفراغ)؟

ماذا يرغب عمله وحده؟ ومع الأصدقاء؟ ومع أعضاء أسرته؟

المدرسة:

ما الشيء الذي يفضله الطفل كثيراً في المدرسة وما الذي يحبه أقل شيء؟

ما مشاعره حول مدرسته؟ وما هي درجاته في المواد الدراسية؟

الأصدقاء والأقران:

من هم الأطفال الذين يلعب معهم؟ ومن هم أصدقاؤه؟ وماذا يعملون عندما يجتمعون؟ ومَنْ مِنَ الأطفال يكره؟

العائلة:

ما هي علاقة الطفل بأسرته؟ وماذا يعملون حين يبدي كرهه لشيء ما؟ وما الذي يجعله غاضباً؟

ما هي نوعية علاقته بوالديه ومع أخوته من الجنسين؟ وما الذي يحبونه ويكرهونه في الطفل؟

المخاوف والقلق والانشغال:

ما هي الأشياء التي يخافها الطفل؟ ما الذي يجعله عصبياً؟ وما الأشياء التي تقلقه؟

صورة الذات:

ما الذي يحبه ويكرهه الطفل في نفسه؟ ما الذي يفعله بصورة جيدة بالنسبة إلى أقرانه؟ وكيف يصف ذاته ويقيمها؟

المزاج والمشاعر:

ما هي الأمور التي تجعله حزيناً أو سعيداً؟ وكيف تحدث مثل هذه الأمور؟ ماذا يغضبه؟ وماذا يفعل حين يكون غاضباً؟

أعراض جسمية:

هل يعاني من صداع أو آلام في المعدة؟ أو أية شكاوى أخرى؟

هل يعاني من الألم؟ كيف يحدث؟ وماذا يفعل حياله؟

اضطرابات التفكير:

هل يسمع الطفل أو يرى أشياء تبدو مضحكة أو غير عادية؟

يجب أن يصف ذلك.

المطامح:

ما الذي يرغب في عمله خلال حياته؟ وماذا يطمح أن يكون؟

ما هي الأشياء التي يرغب أن ينجزها عندما يكبر؟

أحلام يقظة وتخيلات:

ما هي الأشياء التي يحلم فيها كثيراً خلال النهار؟ إذا كان عنده ثلاث رغبات فقط فما هي؟

للمراهقة:

العلاقات الجنسية الطبيعية:

هل للمراهق أية تجربة جنسية سابقة؟ وما هي الأنشطة التي مارسها مع الجنس الآخر؟ وكيف يشعر تجاه الجنس الآخر؟

الجنس:

ما هي الاهتمامات الجنسية التي عنده الآن؟ وما موقفه من الجنس قبل الزواج؟ هل يخلق ذلك صراعات مع والديه؟

استعمال الكحول والعقاقير:

ما هي المواد التي استعملها ـ إذا حدث ـ خلال حياته وهل هناك أصدقاء له يمارسون هذه العادات؟

لقد تزايد الاهتمام حديثاً بإجراء المقابلات الموجهة مع الأطفال والمراهقين والراشدين. ووضعت مقاييس عديدة من أجل ذلك. فهناك مقياس

أو جدول تقدير الطفل (ورمزه CAS) الذي طوره هودج ورفاقه (Hodeg, Klein, Fitch 1981).

تعتبر هذه الأداة التقويمية بمثابة مقابلة موجهة Structured interview تتألف من قسمين: الأول ، يسأل الطفل عدداً من الأسئلة (بحدود ٧٥ سؤالاً تقريباً) تغطي عدداً من الموضوعات التي تبحث في الأنشطة والهوايات ، والمدرسة والأصدقاء والأسرة والخوف والمشاغل والقلق والمزاج ، ومشكلات صحية ، والغضب واضطراب التفكير وغيرها. واستجابة الطفل لكل هذه الموضوعات تشير إلى الدرجة التي يصف فيها الطفل صفاته الخاصة وأوضاعه الشخصية. ويجب الانتباه إلى أن المقابلة تتضمن عدداً كبيراً من الأسئلة تتجمع وفقاً للموضوعات التي يتم بحثها. إنها تمكن الفاحص من الحصول على المعلومات الضرورية في سياق النقاش الملائم أفضل من أن تقيد ضمن أسئلة محددة بشكل منعزل في غير سياقها الطبيعي. وتستغرق هذه المقابلة عادة ٤٥ دقيقة إلى ساعة.

أما القسم الثاني لهذه الأداة يتضمن ٥٣ بنداً يجيب عنها المفحوص بعد إنهاء المقابلة. وهذه البنود ترتبط بمجالات مثل مستوى النشاط الحركي ، التبصير ، التعبير الانفعالي ، التفاعل البينشخصي (المتبادل مع الآخرين) ، عمليات الكلام ، والتفكير وغيرها.

ويمكن توزيع هذه المعلومات بحيث ينظر إليها بطريقتين ، من الناحية النوعية ، يمكن استعمالها لتقديم معلومات تتعلق بنوعية المشكلات الخاصة والمحددة بذاتها ويمكن مقارنتها مع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية باعتباره معياراً تشخيصياً ، ويمكننا الحصول على انطباع تشخيصي أيضاً. إن أنواع عديدة من المعلومات قد وضعت في هذه الأداة من أجل بلوغ الدقة والصدق وقد تبين من خلال الدراسات الترابطية حين تكرار استعمال هذه الأداة في المقابلة أن درجة الترابط بلغت ٩٠٪. إن الحقائق والمعطيات التي نحصل عليها من المقابلة قد بينت قدرتها التمييزية بين المرضى النفسيين خارج المشفى وأولئك الذين دخلوا المشفى للمعالجة ،

وبين الأسوياء أيضاً. وقد أشارت نتائج أخرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي تظهر عن طريق المقابلة باستخدام هذه الأداة تترابط جيداً مع المقاييس التي طبقت على والدي الأطفال في تشخيصها لمشكلاتهم، مما يدل على فائدة استعمال هذه الأداة في البحوث النفسية والممارسة العلاجية.

وبغض النظر عن النتائج المتعلقة بصدق وثبات المقابلة الموجهة التي تستخدم أدوات قياس وتقويم مثل CAS فإن هناك معلومات ضئيلة نسبياً حول صدق المقابلة غير الموجهة التي تستعمل في الجلسات السريرية.

الاختبارات النفسية في التقويم التشخيصي للطفل: إن أكثر الاختبارات النفسية استعمالاً في التقويم التشخيصي للطفل تتضمن اختبارات النمو (المصممة لتقدير الانحرافات والاضطرابات العقلية والحركية الاجتماعية خاصة في مرحلة المهد) وكذلك اختبارات الذكاء (المستخدمة مع الأطفال لقياس قدراتهم العقلية العامة، وأدائهم وتحصيلهم) واختبارات التحصيل والإنجاز (المستخدمة في قياس التحصيل المدرسي) ومقاييس الشخصية (الإسقاطية والموضوعية) المصممة لتقدير صفات الشخصية وأنماطها والأعراض المرضية التي يمكن أن تظهر عند الطفل. وسنتحدث باختصار عن بعض هذه المقاييس التقديرية التشخيصية.

التقويم التشخيصي والقياس المتعلق بسير النمو:

إن مقياس بابلي لقياس نمو الرضيع (المولود) / بابلي ١٩٦٩/ هو مقياس يطبق بشكل فردي لتقويم مستوى نمو الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢ و٣٠ شهراً ويتضمن المقياس ٢٤٤ بنداً تتدرج وفقاً لمستويات النمو المعرفي (١٦٣ بنداً) والنمو الحركي (٨١ بنداً). والبنود الثلاثون لتقرير السلوك عند المولود والتي تطبق بعد الاختبار، تزود بأداة لتقدير المظاهر السلوكية المختلفة (مثل المخاوف، مستوى النشاط، التحمل، رد الفعل) ومن أمثلة بنود المقاييس العقلية والحركية في هذا الاختبار

ما هو موجود في الجدول التالي:

أمثلة من بنود اختبار بابلي لقياس مستويات الأعمار الست		
العمر التقديري	**المقياس العقلي**	**المقياس الحركي**
٢ شهراً	التعرف على الأم	يرفع جسمه بذراعيه
٤ أشهر	تحويل الرأس تجاه الصوت	الجلوس بمساعدة
٦ أشهر	النظر إلى ملعقة تسقط	الجلوس بمفرده لمدة ٣٠ ثانية أو أكثر
١٢ شهراً	تقليب صفحات كتاب	يمشي لوحده
٢٤ شهراً	تسمية ٣ أشياء	المشي بانتظام واستقامة
٣٠ شهراً	فهم ثلاث من حروف الجر	المشي على أصابع القدم

يستغرق تطبيق الاختبار من ٤٥ دقيقة حتى ساعة تقريباً. وعندما نحصل على الدرجات، فإنها تعتبر مؤشراً للنمو العقلي والنفسي الحركي معاً. إن هذه المقاييس ليست مفيدة في تقدير الأطفال الصغار فقط، ولكنها ذات فائدة في تقدير الأطفال الذين ينخفض أداؤهم ووظائفهم العقلية والحركية، ويكون أداؤهم أقل في اختبارات الذكاء. وفي حين أن الدرجات التي نحصل عليها في اختبار بابلي تشبه تلك الموجودة في مقاييس مستويات النمو الأخرى، إلا أنها فقيرة في قدرتها التنبؤية بالقدرات العقلية (Schwartz and Johnson 1985).

آ - إن هذا المقياس مفيد باعتباره أداة فرز في تمديد مشكلات النمو الحادة والمتطرفة عند الأطفال. لقد تبين في معظم الدراسات أن اختبار بابلي هو أفضل اختبار لقياس مظاهر النمو عند المواليد والأطفال (Godnon, Stein 1983).

ب - اختبار مينسوتا لتقدير نمو الطفل (Minnesota Child Development Inventory MCDI). ويختلف اختبار مينسوتا لقياس نمو

الطفل عن اختبار بابلي من حيث إنه يطبق من قبل والدة الطفل بدلاً من أن يطبق بشكل منفرد. كما أنه يقيس مظاهر نمو الأطفال حتى عمر السادسة. ويتضمن الاختبار (٣٢٠) بنداً من نوع «الصح والخطأ» تتعلق بأشكال السلوك المرتبطة بمجالات أو مظاهر النمو المختلفة (النمو الحركي، النمو اللغوي، الانفعالي، ونمو الشخصية والنمو الاجتماعي). ويعتبر هذا المقياس أداة فرز تدعم تقنية المقابلة وخاصة مقابلة الوالدين.

ج ـ المقاييس التي تقيس مظاهر النمو المتنوعة: إضافة للاختبارين السابقين هناك اختبارات أخرى لقياس النمو تستعمل في الممارسة السريرية منها: اختبار دينفر لفحص النمو Denver Development Screening Test، واختبار إيليون لقياس القدرات اللغوية النفسية Illinois Test of Psycholinguistic Abilities واختبار مكارثي لقياس قدرات الأطفال McCarthy Scale of Children Abilities. ولاختبار مكارثي أهمية كبرى لأن بالإمكان استعماله مع اختبار بابلي. فإذا استعملنا اختبار بابلي الذي يقيس نمو الأطفال حتى سن الثلاثين شهراً، فبإمكاننا بعدها استعمال اختبار مكارثي لقياس الأطفال الذين تمتد أعمارهم من السنتين والنصف حتى الثامنة والنصف، وهذا ما يتيح للفاحص الحصول على تقديرات لمظاهر النمو الرئيسة (اللفظية، والإدراكية، والمعرفية) التي تعطي جميعها مؤشراً للنمو العقلي بالإضافة إلى الدرجات التي تعكس القدرات الحركية والذاكرة. ويمكن تطبيق هذا المقياس أيضاً على الذين تزيد أعمارهم عن السن الذي وضع من أجلهم الاختبار كما هو الحال في اختبار بابلي. وبغض النظر عن هذه الميزة فإنه لم يستخدم بنفس الدرجة التي يستعمل فيها اختبار بابلي. وربما يعزى ذلك إلى وجود مقاييس لقياس ذكاء الأطفال تناسب هذه الأعمار وتقدم مؤشراً للنمو العقلي.

التقدير العقلي (مقاييس القدرات العقلية):

آ ـ اختبار ستانفورد ـ بينيه للذكاء. يعتبر هذا الاختبار تعديلاً للاختبار الذي وضعه بينيه وسيمون من أجل التنبؤ بالتحصيل الدراسي. وقد عدله عالم النفس الأمريكي تولمان في جامعة ستانفورد عام ١٩١٦. وللاختبار شكلان كما يقيس

ذكاء الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين السنتين والثامنة عشرة. وتوزع البنود استناداً إلى مستوى العمر ، ففي كل مستوى عمري تمثل البنود مهمات تناسب الأفراد المتوسطين الذين بإمكانهم إنجازها في هذا العمر. ومع أن الاختبار يتضمن أنواعاً عديدة من البنود إلا أن فيه الكثير من المواد المتعلقة بالقدرات اللفظية وخاصة في المستويات العمرية العليا. ولذلك فإن اختبار ستانفورد بينيه غالباً ما ينظر إليه على أنه اختبار لفظي للذكاء. ويستخدم هذا الاختبار بشكل موسع من قبل علماء النفس لقياس القدرات العقلية للمتخلفين عقلياً والأسوياء إضافة إلى استخدامه لأغراض البحث العلمي. ويعتبر هذا الاختبار من أهم وأفضل مقاييس الذكاء.

ب ـ اختبارات ويكسلر لقياس ذكاء الأطفال (WISC-R). يعتبر ثاني أوسع الاختبارات العقلية استخداماً وهو تعديل لاختبار ويكسلر لقياس ذكاء الأطفال. ويتألف من بنود موزعة في مقاييس فرعية ، لفظية وعملية. وبذلك يمكننا الحصول على معدل الذكاء اللفظي ، ومعدل الذكاء العملي ، ومعدل الذكاء العام. إن درجات حاصل الذكاء اللفظي والعملي تعكس عدداً من الاختبارات الفرعية التي تغطي قدرات متنوعة. فالمقاييس اللفظية تعين الدرجة التي تظهر اكتساب الطفل للمعلومات العامة من البيئة ، واكتساب المفاهيم ، والتفكير المجرد ، والتعرف ، والمحاكمة والذاكرة. في حين تغطي الاختبارات أو المقاييس العملية: الانتباه للتفاصيل ، والمهارات البصرية الحركية ، والقدرة على التخطيط وقدرات أخرى.

وعلى العكس من اختبار ستانفورد بينيه ، فإن اختبار ويكسلر لا يجمع البنود وفقاً لمستويات العمر ولكنه يرتبها في اختبارات فرعية ليقيس مهارات محددة وفقاً لمستوى صعوبتها. كما يتيح الاختبار المقارنة بين القدرات العملية واللفظية للمفحوصين وتقويم أدائهم في الاختبارات وتحديد المجالات التي يبدون فيها القوة أو الضعف. إن هذا الاختبار لم يستعمل لأغراض عيادية فقط وإنما لأغراض مدرسية ، حيث وضع ويكسلر اختباراً لقياس ذكاء أطفال ما قبل المدرسة حيث يقيس ذكاء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من أربع سنوات حتى السادسة والنصف.

ج ـ اختبار ويكسلر لقياس الشخصية وتقديرها. لقد افترض أن مقاييس ويكسلر تستعمل لأغراض التقويم العقلي فقط ، ولكن هذا غير صحيح لأن بالإمكان استخدامها لقياس الشخصية. فالأفراد الذين تقدم لهم معلومات تتعلق بسمات شخصيتهم وطبيعة مشكلاتهم النفسية من خلال استجاباتهم للبنود الفرعية المحددة ، تقدم لنا تقديراً هاماً للشخصية مثلاً الاستجابة بضمير (أنا me) ربما يقدم تبصراً حول مفهوم الطفل عن ذاته والطفل الذي يجيب عن بنود الفهم والاستيعاب مثل ما الذي تفعله عندما تقطع إصبعك؟ فالطفل الذي يجيب بكلمة الموت تختلف عن استجابة الطفل الذي يقول نغسلها ونضع عليها معقماً.

ويمكن الحصول على معلومات مفيدة خلال تحليل النتائج التي نحصل عليها من الاختبارات الفرعية. مثلاً الفروق بين درجات الذكاء اللفظية والعملية أو الدرجة التي تنحرف فيها درجات الاختبارات الفرعية عن المتوسط بالنسبة لكل من المقياسين اللفظي والعملي. فللأغراض السريرية ربما يرتبط التفوق أو الضعف في المقاييس الفرعية بصفات الشخصية ونوع الاضطراب النفسي. وقد وصف ويكسلر عام ١٩٥٨ وبعده ماتراسو أشكالاً من أنماط التفكير المرتبطة باضطرابات نفسية محددة. أما بالنسبة لصدق اختبار ويكسلر في تقويم الشخصية فلا توجد دراسات كافية حول ذلك.

د ـ اختبارات أخرى لقياس الذكاء. إضافة لاختبارات ستانفورد بينيه وويكسر لقياس الذكاء ، فإن هناك اختبارات غير لفظية Nonverbal Tests وضعت لتقدير الوظائف العقلية المعرفية والتي تعكس الذكاء منها اختبار كولومبيا لقياس النضج العقلي The Columbia Mental Maturity Scale (Burgermisen, Blum, Lorge 1972) ومقياس لايتر لقياس الأداء العام (Liter 1969) واختبار الذكاء غير اللفظي الذي وضعه Broom وزملاؤه عام ١٩٨٢ . إن كل هذه الاختبارات مفيدة في تقدير الأطفال المعاقين الذين يعانون من ضعف في المهارات اللغوية.

اختبارات التحصيل وقياس الإنجاز:

هناك عدد كبير من مقاييس التحصيل والإنجاز أهمها اختبار الإنجاز العريض والموسع (Wrat) الذي وضعه جاستاك ١٩٧٨ ، وقد استعمل بشكل موسع من قبل علماء النفس لسهولة تطبيقه كجزء من بطارية اختبارات ، ولأنه يزود بدرجات التحصيل الأكاديمية. ويتضمن الاختبار ثلاثة موضوعات هي التهجئة والحساب ويمكن تطبيقه على الأفراد بين سني الخامسة والرشد. ويتم قياس إنجاز القراءة من خلال التعرف على الأحرف والكلمات ، أما التهجئة عن طريق كتابتها حسب الأحرف ، أما الحساب فاستناداً لاختبار الوقت (١٠ دقائق) والتي تضمن العد وقراءة الأعداد وحل بعض مشكلات الكتابة. ويعتبر هذا الاختبار شائعاً بسبب سهولة تطبيقه ولكونه يقدم تقديراً دقيقاً بمستويات الإنجاز والتحصيل في المجالات الثلاث المذكورة سابقاً وبغض النظر عن شيوع هذا الاختبار واستعماله فإن هناك عدداً من التساؤلات حوله ، فقد اعتبر أنه يقلل من مستوى الإنجاز للمفحوص وأنه يقيد القدرات المقاسة في مجالات محددة فقط. إلا أن الملاحظة الهامة وهي في وجوب اقتصار استعماله على الحالات العلاجية السريرية المتعلقة بالإنجاز والتحصيل. فإذا كان الأمر يتعلق باتخاذ قرارات هامة حول العمل المدرسي أو العلاج أو إعادة التأهيل ، وما يماثلها ، فإن مقاييس أخرى وتقويم تشخيصي إضافي يجب استعماله.

وهناك عدد من الاختبارات لقياس التحصيل بعضها يطبق بشكل فردي ، منها البطارية النفسية التربوية للعالمين ودكوك وجونسون (W-JPEB) والتي تزود بمقاييس للتحصيل في مجالات علمية متنوعة ، كالعلوم الاجتماعية واللغة المكتوبة ، إضافة إلى أنها تغطي مجالات القراءة والرياضيات. ثم هناك بطارية كوفمان لقياس وتقدير الأطفال (KABC) الذي يقيس التحصيل أيضاً كاللغة والحساب والقراءة باعتبارها جزءاً من بطارية عامة من الاختبارات التي تطبق بشكل جماعي. ويجب الانتباه إلى أن هذه الاختبارات مصممة لتقدير المستوى العام للأداء في مجالات عديدة ، وهناك

مقاييس أخرى تقدم معلومات حول أداء الأطفال وإنجازهم في مجالات محددة وتفيد في العمل التشخيصي لكشف بعض أشكال العجز أو التقصير الأكاديمي. وتفيد هذه الاختبارات أيضاً في وضع الخطة العلاجية لأمراض الأطفال النفسية.

قياس الشخصية وتقديرها:

التقنيات الإسقاطية:

من بين طرق التقويم المستعملة في قياس الشخصية: الطرق الإسقاطية، وهي متعددة منها اختبار رورشاخ، واختبار تفهم الموضوع (TAT)، واختبار رسم الرجل (DAT)، واختبار تكملة الجمل. وجميع هذه الاختبارات متشابهة. إنها، أولاً تستعمل غير محددة أو غير بنائية نسبياً من حيث هي مثيرات، ثانياً، تستند جميعها إلى فرضية الإسقاط، التي تقول: إن الشخص يضفي صفات شخصيته وصراعاته خلال استجاباته على هذه المثيرات غير المحددة. إن هذه التقنيات الإسقاطية تعين مستويات متنوعة للشخصية أكثر منها في الاختبارات المحددة البناء.

اختبار رورشاخ: وهو من الاختبارات الإسقاطية المشهورة، ويستخدم عيادياً مع الأطفال والراشدين، كما أنه كان موضوعاً للعديد من الدراسات والبحوث التجريبية.

يتألف الاختبار من ١٠ بطاقات عليها بقع حبر، نصفها بالأبيض والأسود ونصفها الآخر ملونة. ويتطلب تطبيقه إحضار البطاقات العشرة، وتعرض على المفحوص كل بطاقة بالترتيب، ويطلب من أن يقول ماذا يرى في كل بطاقة، وعلى الفاحص أن يسجل هذه الإجابات، وزمن الكمون أو الفترة التي تمر ريثما يستجيب وأشكال السلوك الخاصة التي يبديها حين الإجابة (مثل قلب البطاقة، النظر للخلف..) ويتم الحصول على كامل الإجابات لكل البطاقات. وتسمى هذه المرحلة من الإجابات مرحلة «التداعي الحر». أما المرحلة الثانية، فتسمى مرحلة «التحقق» والسؤال من أجل تحديد أين ومتى شاهد

المفحوص ما قاله وعبر عنه في المرحلة السابقة «مرحلة التداعي الحر» وتعرض البطاقات على المفحوص ثانية ، وتقرأ له استجاباته ، وسأل الفاحص المفحوص : أين رأى تلك الاستجابة في بقعة الحبر (الموقع في البطاقة). ثم يتحقق حول محددات الاستجابة (ما الذي دفع المفحوص لأن يرى ما قال أنه يراه في استجابته : هل كانت الاستجابة استناداً إلى الشكل ، أم الخطوط ، أم للون محدد في بقعة الحبر؟ في حالات أخرى ربما تكون الاستجابة متأثرة بالظل أو السواد ، في حين يرى آخرون الحركية فيها كما تبدو في استجاباتهم. إن هذا الفحص المتعلق بمكان التركيز ومحددات الاستجابة يتم إجراؤه بالنسبة إلى كل الاستجابات التي عبر عنها المفحوص لكامل البطاقات . وبعد جمع هذه المعطيات ، يمكن الحصول على درجة محددة باستعمال منظومات متعددة في تحديد الدرجات ، والأكثر استخداماً طريقة بيك Beack Method ، وطريقة كلوفر Klopher Method. وهذه بعض الفئات المعتمدة في وضع الدرجات والتصحيح.

الفئة	المغزى المقترح
R	ر : يعزى إلى عدد الاستجابات المقدمة للبطاقات العشر ، والتي تعتبر متغيراً. مثلاً الأشخاص المصابين بالأفعال القهرية ، يقدمون استجابات متنوعة ، في حياة الاكتئابيين يظهرون عدداً أقل من الاستجابات .
W	و : عدد الاستجابات بالنسبة لكل بقعة حبر ، أكثر من التركيز على جزء معين منها . وترتبط هذه الدرجة بالقدرة التنظيمية ، كما ترتبط بالذكاء .
D	د : الشخص الذي يحصل على درجة عالة في D يستند في إجاباته إلى جزء معين من البقعة . ويعزى إلى استعمال تفصيلات أكبر في بعض أنظمة وضع الدرجات . ويستعمل الرمز (D) للإشارة إلى تفصيلات صغيرة وقليلة ، وتكثر عند القهريين .
S	س : تعكس مدى تأثر الاستجابات بالألوان ، كما ترتبط بدرجة التعبيرات الانفعالية التي يبديها المفحوص .
M	م : وتعزى إلى الاستجابات المتأثرة بالحركة . فالدرجات العالية في هذا المتغير ترتبط بالانطوائية والانغلاق ، والضبط الداخلي ، والتخيل وأحلام اليقظة .

إضافة لمنظومة الفئات هذه في وضع الدرجات فإن الاستجابات التي نحصل عليها يمكن تصحيحها ووضع درجاتها بالنسبة إلى عدد الاستجابات الشائعة number of Popular response (P) ، وإلى عدد الاستجابات الأصيلة number of Original response (O) ، وإلى الأنواع المختلفة للمحتوى مثل التركيز على محتوى الاستجابات Human (H) ، وتفصيلات الإنسان Human Detail (HD) ، واستجابات الحيوان Animal (A) response ، والاستجابات التشريحية Anatomy response (AT) ، والجنس Sex (S) ، ويجب أن نلاحظ وضع الدرجات بالاختبار يستغرق وقتاً طويلاً.

بالنسبة لاستعمال الاختبار مع الراشدين ، فإن هناك عدداً من الباحثين قد ركزوا على استعماله مع الأطفال والمراهقين. فقد لاحظ هالبرن أن هناك عوامل متعددة يجب أن نأخذها في اعتبارنا عند استخدامه مع الأطفال. فمثلاً مع الأطفال الصغار يكون من الضروري أن نفحص الاستجابات فوراً بعد الحصول عليها أفضل من الانتظار حتى يتم الانتهاء من المرحلة الأولى (مرحلة التداعي الحر) ، لأن الاستجابة قد تنسى من قبل الطفل إذا تم الانتظار حتى المرحلة الثانية. وقد أشار هايبرن إلى أنه يجب أن نأخذ عامل النمو بعين الاعتبار حين نتعامل مع الأطفال؛ لأن استجابات المفحوص أي الطفل ترتبط بعمره ومرحلته النمائية. ثم إن النسبة المئوية للاستجابات الحيوانية والإنسانية تختلف باختلاف العمر. فتكثر الاستجابات المرتبطة بالحيوانات في مرحلة الطفولة بينما تقل في مرحلة الرشد. والعكس صحيح بالنسبة للاستجابات المتعلقة بالإنسان. وبشكل عام نقول: إن محتوى الاستجابات التي ترتبط بالحيوانات هي دليل عدم النضج.

اختبار تفهم الموضوع (TAT): وضع هذا الاختبار مورجان وموراي عام ١٩٣٥ ويستعمل للأطفال والراشدين. ويكمل اختبار الرورشاخ في تقدير الشخصية وتشخيصها. إنه يركز على المضمون ويهتم بالمظاهر التعبيرية والشكلية. وفي حين يكشف اختبار رورشاخ عن دفاعات الأنا

والحيل النفسية والبناء المرضي في الشخصية ، فإن اختبار تفهم الموضوع يكشف عن ديناميات الشخصية كالحوافز والحاجات والصراعات والعقد النفسية. ويتألف الاختبار من ٣١ بطاقة ذات صور فوتوغرافية. ولا يوجد وقت محدد للاختبار. وبعد أن يتأمل المفحوص الصورة يؤلف حولها قصة خيالية درامية تعكس تصوراته وديناميات شخصيته. ويترك له خمس دقائق لكل صورة. ويقوم الفاحص بتسجيل كلمات المفحوص وتداعي أفكاره حسب أرقام الصور كما يركز على درجة انتباه المفحوص وخاصة الجوانب التالية:

١ ـ بداية كل قصة.

٢ ـ نهاية كل قصة.

٣ ـ بطل القصة كمحور يلعب الدور الرئيسي.

٤ ـ موضوع القصة.

٥ ـ الدوافع الذاتية للمفحوص خلال التقمص والإسقاط.

٦ ـ الضغوط المحيطة به.

٧ ـ نتائج القصة.

ومن مجموع بطاقات الاختبار الـ ٣١ تصنف البطاقات في أربع مجموعات: اثنتان تطبقان على الذكور والإناث فوق سن الرابعة عشرة، واثنتان تطبقان على الذكور والإناث لمن دون سن الرابعة عشرة. وبين البطاقات الحادية عشرة توجد بطاقة ملائمة لكلا الجنسين مشتركة بين الراشدين والصغار. ويفضل المعالجون النفسيون تطبيق عشر صور يختارونها حسب الحالة. وقد عدل موراي بعض الصور لتتناسب مع الأعمار وخاصة الأطفال حيث استبدل صور الناس بصور حيوانات لسهولة إسقاط الطفل مشاعره عليها (ياسين ١٩٨١).

اختبار رسم الشخص: ويعتبر من الاختبارات الإسقاطية التعبيرية وقد وضعه ماك كوفر ١٩٤٩. وتتلخص التعليمات فيه بما يلي:

١ ـ يطلب من المفحوص رسم شخص دون تحديد جنسه ، ثم يطلب منه أن يرسم شخصاً آخر من جنس غير السابق خلف الورقة. ويسجل الأخصائي النفسي ملاحظات ويطلب من المفحوص إنهاء الرسم إذا لم يكتمل.

٢ ـ في حالة الاختبار الجماعي يعطى كل مفحوص ورقتين ويطلب من واحد رسم شخصين أحدهما ذكر في الصفحة الأولى والثاني أنثى في الصفحة الثانية مع تسجيل جنس الشخص المرسوم. ومن خلال خبرة الباحث في اختبار جود نف لرسم الرجل لاحظ أن طفلين يحصلان على نفس نسبة الذكاء ، ولكن رسم كل منهما يحكي قصة مختلفة ، إن تطبيق الاختبار وتفسيره يستند إلى مفهوم إسقاط صورة الجسم في رسم الشخص. ويمكن للفاحص أن يسأل المفحوص عن: سن الشخص المرسوم ، وتعليمه ومهنته ومطامحه وعائلته ومدرسته. وقبل تطبيقه يفضل دراسة ما كتبته ماكوفر حول هذا النوع من الاختبارات وأمثلة عنها.

اختبارات إسقاطية أخرى: وهناك عدد من الاختبارات الإسقاطية المستخدمة مع الأطفال مثل: اختبارات إكمال الجمل ، واختبار رسم العائلة ، واختبار الصور السوداء.

تفسير التقنيات الإسقاطية:

إن الاختبارات الإسقاطية غالباً ما تستخدم مع الأطفال لتقديم فكرة عامة عن تفسير هذه التقنيات حين استخدامها لأغراض عيادية ويجب الإشارة إلى أن التفسيرات التي يقدمها الاختبار ، والتي أشرنا إليها سابقاً تخدم في توضيح نشوء تلك الافتراضات والتفسيرات من معطيات الاختبار الإسقاطي ، وتقديمها دليلاً على تفسير الاختبار. وأغلب علماء النفس يتفقون على أن المعطيات التي نحصل عليها من هذه الاختبارات يجب أن تشمل أيضاً معطيات أخرى من اختبارات أخرى تساعدنا في عملية التشخيص. فلا يوجد هناك اختبار واحد يقدم لنا صفات خاصة بالشخصية بشكل محدد.

صدق وثبات الاختبارات الإسقاطية: إن موضوع صدق وثبات الاختبارات

الإسقاطية هو خارج نطاق بحثنا الحالي. ولكن يجب الإشارة إلى أن العديد من البحوث قد أجريت حول صدق وثبات هذه الاختبارات على الأطفال والراشدين. وبشكل عام نقول إن هذه البحوث قد فشلت في دعم صدق هذه الاختبارات. وقد بين جيتلمان عام ١٩٨٠ بعد فحصه لمختلف الدراسات حول هذا الموضوع الذي طبق الاختبارات على الأطفال ملخصاً الوضع الحالي لهذه الاختبارات بمايلي (أحياناً تقول لنا هذه الاختبارات أشياء قليلة وفقيرة جداً عما نعرفه. باختصار نقول إن هذه الاختبارات تقدم لنا معلومات مفيدة سريرياً وعلاجياً في دراسة بعض الحالات الخاصة.

قياس الشخصية وتقديرها: الأساليب والاختبارات غير الإسقاطية:

لا يمكن قياس الشخصية وتقديرها أو تشخيصها بالاختبارات الإسقاطية وحدها فهناك عدد كبير من الصفات والسمات المحددة التي تقيسها اختبارات محددة ببنودها وبنائها وتظهر ما يعانيه الفرد من أعراض نفسية ومن أهم هذه الاختبارات الموضوعية غير الإسقاطية:

اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية (MMPI): وضع هذا المقياس كأداة تقدير وتشخيص للأفراد الذين يعانون من الانحرافات والأعراض النفسية. وقد وضعه هاتاواي وماكينلي عام ١٩٤٣، ويضم (٥٥٣) بنداً يجاب عنها بصح أو خطأ. ويتألف من أربعة مقاييس صدق، و١٠ مقاييس إكلينيكية، هي التالية:

مقاييس الصدق، وتضم:

١ ـ مقياس عدم الإجابة ورمزه (؟)، وهو العدد الكلي للعبارات التي لم يجاب عنها بنعم أو لا.

٢ ـ مقياس الكذب ورمزه (L)، وفيه يحاول المفحوص أن يظهر بالشكل الأمثل، ويحصل على درجات عالية.

٣ ـ مقياس الخطأ ورمزه (F)، وهو العبارات التي لوحظ أن الأسوياء يندر أن يجيبوا عنها بالصورة التي تصح بها، وارتفاع الدرجة فيه تكشف عما إذا اختار المفحوص أن يظهر بصورة لا سوية.

٤ ـ مقياس التصحيح ورمزه (C) ، ويكشف عن اتجاه أكثر غموضاً. والدرجة العالية فيه تدل على استجابة دفاعية تتضمن تحريفاً نحو الاتجاه السوي.

المقاييس الإكلينيكية ، وتضم :

اسم المقياس	رمزه	عدد بنوده	أعراضه
١ ـ توهم المرض	HS	٣٣ بنداً	انشغال البال والتفكير المبالغ فيه بأعراض جسمية قد لا يكون لها أساس عضوي.
٢ ـ الاكتئاب	D	٦٠ بنداً	حزن ويأس ولا مبالاة وفتور وتشاؤم
٣ ـ الهستيريا	H	٦٠ بنداً	عرض العواطف وإظهارها ، السذاجة ، أعراض جسمية وتصنع.
٤ ـ سايكوباثي	PD	٥٠ بنداً	جنوح وسلوك لا اجتماعي ، وسوء تكيف اجتماعي وأخلاقي
٥ ـ ذكورة وأنوثة	MF	٦٠ بنداً	نزوع نحو المثلية الجنسية والظهور بمظهر الجنس الآخر والدرجة العالية فيه تعني التردد وعدم الواقعية
٦ ـ الزور	PA	٤٠ بنداً	الشك ، حساسية انفعالية وهذيانات عظمة واضطهاد
٧ ـ وهن نفسي	PT	٢٨ بنداً	قلق ، وساوس ، مخاوف ، شعور بالذنب ، صرامة
٨ ـ الفصام	SC	٧٨ بنداً	انسحاب اجتماعي وأفكار سخيفة وسلوك غريب وهلوسات
٩ ـ هوس	MA	٤٦ بنداً	تطرف بالحركة ، هياج ، نشوة بالمزاج ، تشتت انتباه.
١٠ ـ انطواء اجتماعي	SE	٧٠ بنداً	توجه نحو الذات ، وصعوبة في تكوين علاقات اجتماعية.

وبالرغم من أن هذا الاختبار غالباً ما يستخدم عيادياً مع المراهقين ، إلا أنه مناسب في استعماله مع ما دون الثالثة عشرة من العمر.

اختبار الشخصية الخاص بالأطفال: بغض النظر عن الاختبارات النفسية التي تقيس صفات خاصة في الشخصية ، فإن هناك الاستخبارات التي

لا تستخدم كثيراً مع المفحوصين الذين تقل أعمارهم عن الثالثة عشرة. ويعزى هذا إلى حقيقة كون الأطفال الصغار خاصة، غير قادرين على القراءة من أجل الاستجابة لمثل هذه الاختبارات. لذلك نشأت محاولات عديدة لوضع استخبارات تقرير الذات للأطفال. ومن أهم هذه الاستخبارات استخبار الشخصية الخاص بالأطفال (PIC) الذي وضعه رايت وزملاؤه عام ١٩٧٧. ويتألف من ٦٠٠ بنداً يجاب عنها بصح أو خطأ، ويمكن استعماله مع الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من ٣ سنوات حتى ١٦ سنة. وحين يطبق فإنه يزودنا بدرجات ذات قيم متنوعة، ثلاثة منها تمثل مقاييس للصدق، واثنتا عشر بنداً كمقاييس إكلينيكية. ويقدم الاختبار معلومات تتعلق بالأعراض النفسية عند الأطفال وسمات شخصيتهم. وقد أجريت دراسات عديدة حول صدق الاختبار وثباته، وقد أثبتت أكثريتها قيمته التشخيصية في الاستخدام العيادي للأطفال (Lachar and others 1979).

اختبارات موضوعية أخرى: هناك عدد من الاختبارات الموضوعية الأخرى والهامة في تشخيص الشخصية وقياسها من أهمها: استخبار الاكتئاب عند الأطفال Children Depression Inventory من وضع Kovacs (١٩٨١)، ومقياس القلق الصريح للأطفال Children Manifest Anxiety scale، واختبار حالة وسمة القلق عند الأطفال. ومن الاختبارات التي تطبق من قبل الوالدين مؤشر الضغوط النفسية الوالدية Parenty stress Index الذي وضعه Abden عام ١٩٨٣، والذي يتألف من ١٥٠ بنداً تجيب عنها الأم، وهذه البنود تكشف عن مصادر الضغوط النفسية والتوتر في العلاقات بين الطفل والأم، تلك العلاقات التي تقود إلى سلوك شاذ واضطراب نفسي.

تقدير شخصية الطفل وتشخيصه: نظرة عامة على الأساليب غير السلوكية.

لقد ركزنا حتى الآن على الطرق التقليدية في تقدير الشخصية وقياسها وتشخيصها، ولكن ذلك لا يعني أن القياس والتقويم التشخيصي أقل أهمية من وجهة النظر السلوكية. في الواقع إن القياس والتقويم التشخيصي الدقيق مطلب أساسي للعلاج السلوكي الفعال. إن الطرق السلوكية في القياس والتقويم

التشخيصي تختلف عن الطرق التقليدية (السابقة الذكر) من عدة جوانب. والجدول التالي يوضح مثل هذه الفروقات:

الافتراض : السلوكية	التقليدية
I ـ الافتراض : ١ ـ تصورات الشخصية	يوصف بناء الشخصية أساساً من أجل الشخصية تعكس الأساس الثابت لها كالسمات. اختصار أشكال السلوك كلها قدر الإمكان والحالات المستمرة.
٢ ـ سبب السلوك	الشروط التي تحافظ على السلوك في البيئة الحالية الشروط نفسية داخلية في الفرد ذاته.
II ـ تطبيقات : ١ ـ دور السلوك	هام باعتباره عينة لمخزن الشخص في الموقف للسلوك أهميته باعتباره مؤشراً للأسباب الأساسية.
٢ ـ دور تاريخ الفرد	غير مهم نسبياً باستثناء تقديمه خطوط عامة، جوهري في الوضع الحالي لأن السلوك الحالي نتيجة مباشرة للماضي.
٣ ـ ثبات السلوك	يعتبر السلوك على أنه خاص في موقف محدد بعينه
استعمال المعطيات :	ـ من أجل وصف أشكال السلوك المستهدف. ـ لوصف وظيفة الشخصية وأسبابها المرضية ـ من أجل اختيار طريقة العلاج المناسبة ـ للتشخيص والتصنيف ـ لتقدير وتقويم العلاج وتعديله ـ لإجراء المآل والتنبؤ بالسلوك
طرق القياس والتقويم :	أكثر تركيزاً على الطرق المباشرة (كملاحظة أكثر تركيزاً على الطرق غير المباشرة)
السلوك في البيئة الطبيعية	(كالمقابلات وتقارير الذات)
أوقات إجراء القياس والتقويم	بشكل متكرر (قبل وأثناء وبعد العلاج) قبل وبعد العلاج فقط.

وتختلف طرق القياس والتقويم التشخيصي التقليدية عن طرق القياس والتقويم السلوكي ، من حيث إن الأولى تقدم معطيات وحقائق عن سمات الشخصية وصراعاتها ، في حين أن الثانية تركز على السلوك بحد ذاته. فالمعطيات والحقائق التي نحصل عليها هي عينة تبين كيف يستجيب الفرد للمواقف المختلفة في البيئة الطبيعية. إن تركيز التقويم التشخيصي يكون على تحديد طبيعة السلوك الذي يحدث الانحراف والاضطراب، وطبيعة هذه العوامل البيئية التي تستثير هذه السلوكيات وتحافظ عليها. إن القياس والتقويم السلوكي لا يقتصر على الحصول على معلومات سابقة للعلاج فقط ، كما هو الحال في الطرق التقليدية ، ولكن بشكل مستمر طوال فترة العلاج ، مما يتيح إجراء تقويم لفعالية الأساليب العلاجية. إن الكثير من علماء النفس يعتقدون أن المعلومات اللازمة في التقويم التشخيصي والقياس السلوكي يمكن اختصارها في الرموز التالية SORC ويعني ذلك:

«S» ويشير إلى المثيرات Stimuli التي تستدعي السلوكي اللاتكيفي وتحافظ عليه ، وهي مواقف وأحداث تعتبر بمثابة سوابق للسلوك المشكل عند المنحرف.

«O» ويشير إلى العضوية Organism وصفاتها المؤثرة في السلوك. ومن هذه الصفات والمتغيرات العضوية: إعاقة جسمية ، متغيرات بيولوجية ، وعمليات معرفية عقلية.

«R» ويشير إلى الاستجابة Response التي يصدرها الشخص للسلوك المشكل نفسه ، هنا يتم التركيز على صفات الاستجابة مثل دوامها أو استمراريتها ، وشدتها ، وتكرارها.

«C» ويشير إلى لواحق السلوك Consequences ونتائجه في الفرد ، والأحداث السلبية أو الإيجابية التي تتبع السلوك مما يزيد من تكراره ودوامه أو ينقصه.

التقنيات والأساليب السلوكية لتقويم الأطفال وتشخيصهم :

هناك عدد من التقنيات السلوكية لتقويم الأطفال وتشخيصهم منها :

١ ـ المقابلة السلوكية :

للحصول على المعلومات المطلوبة في التحليل السلوكي حول SORC (المثيرات والعضوية والاستجابات ونتائج السلوك) ، يطبق علماء النفس السلوكيين طرقاً متعددة في ذلك ، وإحدى أهم هذه الطرق المقابلة مع الأهل والآخرين في حياة المفحوص. وبالرغم من أن أكثر المعلومات تعتبر متشابهة لتلك التي نحصل عليها في المقابلات غير السلوكية (مثل التاريخ النمائي والصحي للفرد ، مشكلات المالية ، علاقاته بأقرانه وأفراد أسرته. .) فإن المقابلة السلوكية تتميز بأنها تركز على مظاهر خاصة ومحددة في سلوك الطفل والعوامل البيئية التي تساهم في مشكلاته. لقد لاحظ أولمان وكراسنر (Ullman, Krasnar 1975) أن التركيز على المقابلة السلوكية يجب أن يركز على الأسئلة المتعلقة بـماذا «What» ، ما هي أشكال السلوك التي تحدث ؟ وكذلك ما هي نتائج السلوك ولواحقه التي تسبب مشكلة للطفل؟ هذه الأسئلة مفيدة في الإشارة إلى الطبيعة الخاصة للمشكلات السلوكية الظاهرة ، وفي الحصول على معلومات أولية تتعلق بمتغيرات وعوامل الضبط المحتمل. وكما هو الحال في المقابلات الأخرى ، فإن المعلومات الهامة ربما لا يتم تغطيتها وخاصة تلك المتعلقة بتوقعات الوالدين ، وكذلك درجة دافعيتهم لبلوغ نتائج المعالجة لطفلهم.

٢ ـ تقرير الوالد ، واختبارات تقرير الذات :

بالرغم من أن المعلومات المفيدة المتعلقة بطبيعة سلوك الطفل يمكن الحصول عليها في المقابلة ، إلا أن هذا يتم دعمه أيضاً من خلال المعلومات التي يزودنا بها الطفل ذاته وكذلك والديه. وهناك عدد غير قليل من اختبارات تقرير الذات وتقرير الأهل التي تزودنا بمعلومات وحقائق إضافية.

إن قوائم فحص المشكلات السلوكية غالباً ما تستخدم لتقديم مثل هذه

المعطيات وخاصة في بداية المقابلة. وتزودنا هذه الاختبارات والقوائم بمعرفة عن أشكال سلوك الطفل (مثل التخيلات وأحلام اليقظة، والمخاوف، وإزعاج الآخرين)، إضافة إلى إجابات الوالدين عنها، مما يبين درجة شدتها ودوامها وتكرارها عند الطفل. وهناك أمثلة عديدة عن هذه القوائم أهمها: قائمة فحص مشكلات السلوك (Quay)، وقائمة فحص سلوك الطفل (Achenbac 1983) واستخبار أيبرح لمسح سلوك الطفل (Eyberg 1978). وهذه جميعها مفيدة لأنها تقدم معلومات دقيقة موجهة حول أشكال السلوك عند الطفل ومشكلاته. وغالباً ما يستعمل علماء النفس السلوكيين اختبارات تقرير الذات المخصصة لتقويم مشكلات سلوكية معينة، ومن هذه الاختبارات: مقياس القلق الصريح للأطفال (Chastened 1956)، ومقياس القلق كسمة وكحالة عند الأطفال (Spielberger 1973)، وقائمة مسح الاكتئاب عند الأطفال (Kovacs 1981)، ومن مقاييس تقرير الذات، قائمة مسح المخاوف عند الأطفال (Schemer and Nakamura 1968)، وتقيس هذه القائمة المخاوف التي تظهر في مرحلة الطفولة، وتضم ٨٣ بنداً من المثيرات المتباينة التي تستدعي استجابة الخوف عند الأطفال (الدخول إلى امتحان، منظر دم، أفعى، الأمكنة العالية..) ويرتبها الطفل حسب درجة استدعائها للخوف (Schwartz and Johnson 1985).

٣ ـ التقدير عن طريق الملاحظة المباشرة:

بما أن المعطيات التي نحصل عليها من تقرير الذات ومن تقرير الأهل، عرضة للتحيز وعدم الدقة، لذلك يفضل علماء النفس والمعالجون النفسيون اتباع الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل. وتأخذ الملاحظة عدة أشكال: يأخذ بعضها شكل أنظمة الترميز الشاملة المصممة لتقدير درجات سلوكيات الطفل في مواقف وجلسات محددة. ويكون بعضها الآخر أكثر تقيداً وتحديداً لمجالات معينة من السلوك. وتختلف هذه المقاييس عن تلك التي تقيس السلوك في المواقف الطبيعية كالمنزل والمدرسة، من حيث إننا نحصل على المعلومات والحقائق السلوكية في سياق الجلسة العلاجية.

إن أحد الأمثلة عن أكثر أنظمة الملاحظة السلوكية تعقيداً قد وضعها وولر وهاوس عام ١٩٧٦ ، هذا النظام الذي صمم بحيث يتيح للفاحص أن يقوم بالملاحظة السلوكية في المنزل والمدرسة ويزود بشفرة موضوعية للأب والمعلم وسلوك الطفل. ومن الفئات التي وضعت في هذا النظام التعلم الموجه وغير الموجه أي عن طريق الوالدين والمعلمين ، وكذلك الانتباه الإيجابي والمنفر أو الإكراهي من قبل الوالد أو المعلم ، وسلسلة أشكال سلوك الطفل كالانتباه المركز ، واللعب المركز ، الطاعة ، المقاومة ، والشكوى ، والتواصل عن طريق التحديق بالعينين والتفاعل الاجتماعي. ففي كل شيفرة من أشكال السلوك هذه قد تم تسهيلها عن طريق الفاحص بأوصاف موضوعية عن السلوك الذي تم تقديره وتشخيصه.

أما المثال الثاني فنأخذه من فريمان وزملائه (Freeman and others 1984) حيث طوروا نظام ترميز بأشكال واسعة من السلوك تستعمل خصيصاً مع الأطفال المنغلقين حول الذات (Autistic) وسميت هذه الشيفرة بنظام الملاحظة السلوكية للتوحد أو الانغلاق على الذات «BOS» The behavioral observation system for Autism. ففي هذا النظام للملاحظة السلوكية يقوم الفاحص بملاحظة الأطفال المنغلقين على ذواتهم وهم في ساحة اللعب أو غرفة اللعب (وذلك عن طريق مرآة ذات وجه واحد بحيث يمكن للفاحص أن يرى دون أن يتم مشاهدته) ثم يقوم ويقدر ترتيبهم في درجات ورتب وفقاً لأشكال السلوك التي عددها ٦٧. ومن أشكال السلوك هذه: تغطية الأذنين ، تصفيق الأيدي وتحريكها ، تواصل الأعين ، التواصل اللفظي ، التجاهل ، الصمت. وكل شكل من أشكال السلوك الـ ٦٧ هذه تم ترتيبها في أربع درجات هي التالية:

٠ ـ أي لا يحدث.

١ ـ أي يحدث نادراً أو لمرة واحدة.

٢ ـ أي يحدث بشكل متوسط وليس باستمرار.

٣ ـ أي يحدث دوماً.

وتجري الملاحظات خلال ثلاث فترات. وقد طور باترسون ورفاقه نظام ملاحظة تستعمل بشكل واسع في قياس وتقدير تفاعل الوالد والابن. إضافة لهذه الأشكال من الملاحظة السلوكية توجد نماذج أخرى للملاحظة تركز على أنواع محددة من السلوك مثل اختبار ملاحظة القلق عند أطفال ما قبل المدرسة ، والذي يركز على أشكال السلوك الصريح الذي يعكس القلق كما في الجدول التالي:

بعض البنود التي يضمها اختبار ملاحظة القلق عند أطفال ما قبل المدرسة:

١ ـ شكاوى جسمية: يقول الطفل بأنه يعاني صداعاً ، آلاماً في المعدة ، عليه الذهاب للحمام.

٢ ـ التعبير عن الخوف والهم: يشكو الطفل من خوف وهم حول شيء ما ويستخدم مصطلحات الخوف والخشية.

٣ـ الصراخ والبكاء حيث يذرف الدموع.

٤ ـ قضم الأظافر حيث يقضم الطفل أظافره في قاعة الامتحان.

وضعية جامدة صلبة وتجنب التواصل بالنظر والعينين.

ومن أشكال التقدير بالملاحظة ، اختبار التجنب السلوكي «BAT» Behavioral Avoidance Test الذي غالباً ما يستخدم فيه تقويم الراشدين وتشخيصهم وفي تشخيص المخاوف المرضية عند الأطفال. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الطرق يمكن اتباعها في الجلسات العلاجية ، كما تستخدم في البحوث التجريبية النفسية ولذلك تطلب تدريباً خاصاً لاستعمالها. ومع ذلك يقوم الوالدون أحياناً بمهمة الملاحظة هذه ، ويطلب منهم تقريراً عن أشكال السلوك التي تظهر عند الطفل ودوامها ، وتكرارها ، والمواقف التي تظهر فيها.

تقويم العلاج وتقدير نتائجه:

كما لاحظنا سابقاً فإن التقدير السلوكي والتقويم التشخيصي لا يقف عند مجرد الحصول على المعلومات اللازمة لوضع خطة العلاج. فالمعالجون

النفسيون السلوكيون أكثر من أي من المعالجين الآخرين يعملون على إدماج العلاج السريري بالبحوث وإكمالها. وفوق ذلك فإنهم يقومون الدرجة التي يظهر فيها الطفل سلوكه المشكل والمضطرب، ومراقبة التغيرات التي تحدث فيه عند إجراء المعالجة. وتستخدم طريقة التصحيح التجريبي ذات المفحوص الواحد لإظهار العلاقة الوظيفية بين العلاج وتغير السلوك.

١ ـ **التصحيح التجريبي العكسي (طريقة القلب)**: ورمزهاAB, AB. غالباً ما تستخدم هذه الطريقة مع مفحوص واحد، حيث يتم جمع معلومات أساسية عن السلوك المستهدف والمطلوب تعديله حتى يتم الحصول على أساس ثابت حوله (في المرحلة الأولى). وفي المرحلة التالية، يدخل إجراء العلاج ـ من تعزيز وعقاب وتمييز. .) ويتم تطبيقها، ويستمر بالحصول على المعطيات عن السلوك المستهدف والتغيرات التي حدثت فيه، تعزى إلى الإجراءات العلاجية نفسها. ويجب لأن نلاحظ أن التغير الملحوظ في المرحلة الثانية لا يقدم برهاناً على أن التغير الحاصل يعزى إلى العلاج، فقد تعزى إلى مرور الوقت أو إلى البيئة أو إلى أي متغيرات أخرى. ولذلك فإن طرقاً أخرى يجب اتباعها لتحديد العلاقة الوظيفية بين العلاج والتغير السلوكي الحاصل. وفي المرحلة الثالثة يتم جمع المعلومات حول العلاقة الوظيفية حيث يتم معرفة التجانس الحاصل بين (A) أي السلوك الأصلي المستهدف تعديله كما كان، وبين (B) أي التحسن الحاصل أو التغير الذي حدث في السلوك بعد العلاج. فإذا كانت هناك علاقة نظامية بين التطبيق العلاجي أو التحسن، والتغير في السلوك، فإن ذلك يعزى إلى طريقة العلاج المتبعة.

٢ ـ **التصميم الضابطي**: فيه تتم المقارنة بين السلوك المستهدف بالعلاج، والسلوك الآخر الذي لم يعالج. فإذا كان اختبار السلوك بطريقة جيدة وطبق العلاج بنجاح، فنحن نتوقع حصول تحسن في السلوك المستهدف علاجه. عندها يمكن للمعالج أن يستخدم طرق العلاج بطريقة نظامية.

تصنيف أمراض الأطفال النفسية:

منذ عام ١٨٨٣ حين وضع أميل كريبلين تصنيفاً للأمراض العقلية،

والجهود مستمرة في إجراء تصنيفات للاضطرابات النفسية ، كما وضع العديد منها. والمهم في التصنيف أنه يعتبر أن اضطراباً معيناً موجوداً حين تتواجد عدة أعراض أو ما يسمى زملة أعراض (تناذر) syndrome. وقد افترض أن التصنيف ضروري من أجل التشخيص الذي يساعد في وضع خطة العلاج. وسنلقي الضوء على أهم هذه التصنيفات.

التصنيف الثالث المعدل للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، واسمه (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III R):

وهو من أكثر التصنيفات استعمالاً ، واسمه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية Diagnosis and Statistical Mental Disorders من وضع الجمعية الأمريكية للطب النفسي. وقد صدرت الصيغة الأولى منه (DSM-I) عام ١٩٥٢ ، والصيغة الثانية (DSM-II) عام ١٩٦٨ ، والثالثة (DSM-III) عام ١٩٨٠ ، والثالث المعدل (DSM-III R) عام ١٩٨٧ ، وهو موضوع حديثنا ، على الرغم من صدور الصيغة الرابعة منه (DSM-IV) عام ١٩٩٤ ، إلا أنها ليست إلا تعديلاً طفيفاً جداً للثالث المعدل. وسوف نتحدث فقط عن الاضطرابات التي تظهر في الطفولة والمراهقة كما ذكرها الدليل الثالث المعدل (انظر ، عبد الله ١٩٨٧) وقد ذكرها تحت اسم «اضطرابات تحدث لأول مرة في مرحلة الطفولة والمراهقة» ، وتضم:

١ ـ التخلف العقلي: البسيط ، المعتدل ، الشديد أو الحاد ، والشامل ، وغير المصنف.

ـ اضطراب نقص الانتباه: مع نشاط زائد ، بدون نشاط زائد ، النمط المترسب.

ـ اضطراب السلوك والتصرف: أقل تطبيعاً مع عدوانية ، أقل تطبيعاً بدون عدوانية ، التطبيع الاجتماعي مع عدوانية ، التطبيع الاجتماعي بدون عدوانية ، نمط شاذ.

- اضطرابات القلق في الطفولة والمراهقة: اضطراب قلق الانفصال ، اضطراب التجنب ، اضطراب القلق الزائد.

- اضطرابات أخرى في المهد والطفولة والمراهقة: اضطرابات المودة التفاعلي لمرحلة المهد ، الاضطراب الفصامي للطفولة والمراهقة ، البكم الانتقائي ، اضطراب الهوية.

- اضطرابات الأكل والتغذية: فقدان الشهية العصبي ، الشراهة العصبية ، الوهم ، اضطراب الانغلاق على الذات Autistic Desorder ، اضطراب الشهية غير النمطي.

- الاضطرابات الحركية النمطية المتجمدة: اضطراب العرات العصبية Tic العابرة ، اضطراب العرات الحركية المزمنة ، اضطراب توريت Tourette,s Desorder ، اضطراب العرات غير النمطي ، الاضطراب النمطي الجامد للحركة.

- اضطرابات أخرى بمظاهر جسمية: اللجلجة ، البول الوظيفي ، عدم ضبط التبرز الوظيفي ، اضطراب السير أثناء النوم ، اضطراب فزع النوم.

- اضطرابات نمائية شاذة ومنحرفة: اضطراب النمو الشاذ للذاتية الطفلية (الرضع) ، اضطراب انحراف بداية الطفولة ، اضطرابات نمائية لا نمطية.

- اضطرابات نمائية خاصة: اضطراب تطور القراءة ، اضطراب تطور الحساب ، اضطراب تطور اللغة ، اضطراب تطور النطق ، اضطراب نمائي خاص ، اضطراب نمائي غير نمطي.

- إن للصيغة الثالثة المعدلة لهذا التصنيف أهمية كبيرة ، بالمقارنة مع سابقيه ، وذلك لأنها تتضمن فئات من الاضطرابات الخاصة بالأطفال والمراهقين لم تكن موجودة في سابقيه (I-II). ثم إنها صيغة لنظام شامل لتصنيف اضطرابات الأطفال ، كما تزود بمعيار تشخيصي موضوعي لإجراء أحكام تشخيصية وبلوغها. كما أن دقة الصيغة الثالثة المعدلة لهذا التصنيف تتضح من خلال ذكر فئة من الاضطرابات ، لم تكن مذكورة في سابقيه ، وهي:

اضطرابات القلق الزائد في مرحلة الطفولة . فوفقاً للصيغة الثانية للدليل (II) كما ورد فيه «يتصف هذا الاضطراب بأنه قلق مزمن ، ومخاوف غير واقعية ، وقلة نوم ، وكوابيس ، واستجابات ذاتية لا إرادية ، وأنه غير ناضج ويتصف بالكف السلوكي» وكما يتبين لنا فقد تم ذكر الأعراض دون ذكر الدرجة التي تظهر فيها أو شدتها وتكرارها ، في حين أن الصيغة الثالثة المعدلة ، على العكس من ذلك ذكرت هذا الاضطراب وأعراضه بدقة ، كما يلي :

أ ـ الاضطراب المستمر ، هو القلق المعمم والدائم (غير متعلق بالانفصال) ويظهر في أربعة من الأعراض التالية على الأقل :

١ ـ قلق أو هم غير واقعي حوادث مستقبلية .

٢ ـ اهتمام زائد بالأداء في مجالات عدة (أكاديمية ، رياضية ، اجتماعية) .

٣ ـ انشغال مسبق بمدى تناسب واعتدال السلوك .

٤ ـ حاجة شديدة للاطمئنان حول أشكال مختلفة من الهم والقلق .

٥ ـ شكاوى جسمية كالصداع ، وآلام البطن دون وجود أساس عضوي لها .

٦ ـ الوعي الذاتي ، وقابلية التعرض للإرباك والتشويش .

٧ ـ مشاعر واضحة من التوتر وعدم القدرة على الاسترخاء .

ب ـ الأعراض السابقة (كما ذكرت في «أ») يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل .

ج ـ إذا كان عمر الشخص (١٨) سنة أو أكثر ، فإنه لا يبدي أعراض القلق المعمم التي تتطابق مع هذا المعيار .

د ـ لا يعزى هذا الاضطراب إلى أي اضطراب عقلي آخر مثل قلق الانفصال ، أو اضطراب التجنب في الطفولة والمراهقة ، أو الفوبيا ، أو الوساوس القهرية ، أو الاكتئاب ، أو الفصام ، أو أي اضطراب نمائي (APA, P 56) .

بالإضافة إلى كون هذا التصنيف في صيغته الثالثة المعدلة ، أكثر موضوعية

ودقة ، فإنه أقل ثقة بالافتراضات التحليلية النفسية من سابقيه. كما أن موضوعيته وتركيزه على السلوك قد دعما صدقه وثباته بحيث شمل أكثر الاتجاهات النظرية في علم النفس. إضافة إلى ذلك ، يضم التصنيف خمس محاور تشخيصية كما يلي:

محاور الدليل التشخيصي:

أمثلة

١ ـ الزملة السيكياترية الشكلية:

١ ـ اضطراب اكتئابي شاذ.

٢ ـ اضطرابات الشخصية عند الكبار ، واضطرابات النمو النوعية عند الأطفال اضطراب الشخصية النرجسية.

٣ ـ اضطرابات جسمية غير عقلية: السكري ، ضغط الدم.

٤ ـ شدة الضغوط النفسية الاجتماعية في عام واحد على الأقل، سابق للاضطراب فشل في العمل.

٥ ـ أعلى مستوى من السلوك التكيفي في العام الأخير السابق للاضطراب تكيف سوي.

على الرغم من الانتقادات التي تعرض لها هذا التصنيف (مثل وصمه بطاقات تشخيصية للأفراد الذين يعانون من صعوبات بسيطة ، بأنهم شواذ ومضطربون ، وصعوبة إدخال حالات معينة ضمن فئة تشخيصية محددة. .) ، فإنه يبقى من أهم التصنيفات المعتمدة في العمل التشخيصي والعلاجي من قبل العاملين في ميدان الصحة النفسية ، وخاصة أنه يتم تعديله باستمرار مع تطور الدراسات النفسية والممارسة العلاجية.

٢ ـ النظام التصنيفي الذي وضعته مجموعة تقدم الطب النفسي (GAP):

لقد وضع هذا التصنيف من قبل جماعة تطوير الطب النفسي Group for Advancement of psychiatry عام ١٩٦٦ ، من أجل الاستعمال خصيصاً مع الأطفال والمراهقين. ويغطي التصنيف مدى واسعاً من مشكلات مرحلة

الطفولة واضطراباتها متضمنة: اضطرابات الشخصية، والأعصبة، والذهانات، والسيكوسوماتية، واضطرابات النمو وغيرها. كما يتضمن العديد من الاضطرابات التي تدخل في الذهانات عند الأطفال مثل: الانغلاق على الذات، الذهانات التفاعلية، الشكل الفصامي، فصام المراهقة.. إلا أن حدود مثل هذا التصنيف، هي أنه يعتمد على افتراضات التحليل النفسي (كما هو الحال في الصيغة الأولى والثانية للدليل التشخيصي للأمراض النفسية) مما يجعله بعيداً عن الموضوعية.

الاتجاهات متعددة المتغيرات في التصنيف:

إن أكثر الطرق التقليدية في تصنيف الاضطرابات النفسية، تستند إلى الملاحظة السريرية التي تظهر وجود أنواع متباينة من الاضطرابات، كل واحد منها يتم تعريفه باجتماع عدة أعراض معاً (أي زملة أو تناذر). ومع أنه من الممكن اتباع أكثر الطرق تجريبية في تقدير وتشخيص أنواع السلوك الشاذ والمرضي. ولذلك يمكن تطبيق الطريقة الإحصائية متعددة المتغيرات. إن الطريقة متعددة المتغيرات في التصنيف، تستعمل التحليل العاملي، وهذا يتضمن الحصول على مؤشر للخصائص السلوكية لعدد كبير من المفحوصين. مثلاً، قائمة فحص المشكلات السلوكية يمكن استعمالها لتحديد أشكال السلوك التي تظهر عند كل فرد بعينه أو غيابها. وبطريقة التحليل العاملي لهذه المعطيات لعدد كبير من الأفراد يمكن تحديد الترابطات بين حدوث كل سلوك مع أي سلوك آخر. وباتباع التقنيات الإحصائية، يمكن تحديد تجمعات للخصائص السلوكية التي تترابط بدرجة عالية وتبدو متواجدة مع بعضها. كما أن افتراض عينة دقيقة من الصفات السلوكية يتيح تحديد الأشكال الرئيسية لسلوك مرحلة الطفولة.

من خلال فحص خمس دراسات من دراسات التحليل العاملي من هذا النوع، وجد كواي Quay (١٩٨٤) أن مجموع الأبعاد السلوكية السبعة التي تكررت فد ظهرت في عشر دراسات مستقلة. إن وضع قائمة بهذه

الأعراض والخصائص المتنوعة المترابطة مع بعضها موجودة في الجدول التالي:

البعد السلوكي	الخصائص المترابطة
اضطراب التصرف والسلوك	عدم الطاعة ، العراك ، التخريب ، العناد
عدوانية مطبعة اجتماعياً	له جماعات (عصبة) ، تغيب عن المدرسة ، سرقة
نشاط حركي زائد	فعالية زائدة ، عدم هدوء ، حديث زائد ، إثارة واندفاع
اضطـــراب الانتبـــاه	ضعف التركيز ، قصر فترة الانتباه ، أحلام يقظة ، اندفاع
انسحــاب وقلــق اكتئـابـي	قلق ، خوف وتوتر ، خجل ، اكتئاب ، حزن وشعور بالنقص
شكــاوى جسميــة	ألم بالمعدة أو البطن ، غثيان وصداع ، دوخات
اضطرابات ذهانية	تصرفات وأفكار غريبة ، كلام غير متناسق ، هلوسات بصرية

ربمـا نـلاحـظ أن هـذه العـوامـل يمكـن جمعهـا تحـت نـوعيـن أوسـع للاضـطرابـات والأعـراض ، همـا : الأعـراض الداخليـة / والخـارجيـة Internalizing-Externalizing Symptoms والتي تميز بين اضطرابات: الخوف ، والتجنب ، والكف ، والضبط الزائد ، وهي (الداخلية) من جهة أولى ، وبين اضطرابات: العدوان ، والسلوك اللااجتماعي وضعف الضبط ، وهي (الخارجية) من جهة ثانية. وقد أوجدت مثل هذه الدراسات ترابطاً وتجانساً بين فئات الاضطرابات النفسية هذه مع مثيلاتها في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (والسابق ذكره) وقد دعمت هذه النتائج تجريبياً ، وكانت المقارنة كالتالي:

الاضطرابات المدعمة والمشتقة تجريبياً	فئات الاضطرابات في الدليل الثالث المعدل
١ـ اضطراب الانتباه مع نشاط زائد اضطراب الانتباه بدون نشاط زائد	ـ اضطراب نقص الانتباه
٢ـ اضطرابات التصرف والسلوك والعدوان	ـ اضطرابات التصرف
٣ـ الانسحاب المرافق للقلق والاكتئاب	ـ أمراض القلق
٤ـ اضطرابات ذهانية	ـ اضطرابات النمو

ـ ثبات الأحكام التشخيصية:

هناك سؤال رئيسي يتبادر إلى الذهن دوماً ، يتعلق بثبات الأحكام التشخيصية في هذه التصنيفات للأمراض النفسية. وهو التالي: هل يمكن لمعالجين نفسيين أو أكثر يستعملان هذه التصنيفات ، أن يتوصلا إلى تشخيص متشابه بعد تقويمهم وتشخيصهم بشكل مستقل. إن الكثير من الدراسات قد أجريت للإجابة عن هذا السؤال ، وقد أجريت أكثرها وفقاً للتصنيفين الأول والثاني مع الراشدين. ومع أن دراسة واحدة أجريت على الأطفال باستعمال التصنيف (GAP) كما ذكر فريمان (Freeman 1984). إن نتائج هذه الدراسات افترضت أن الأحكام الثابتة يمكن الوصول إليها ، فقط في حال اجتماع فئات تشخيصية متعددة من الاضطرابات (عضوية ، ذهانية ، عصابية. .) فالأحكام لا تتفق حول نوع أو اضطراب محدد. وهذا ما يدفعنا للقول ، بأن أنظمة التصنيف السابقة للاضطرابات النفسية لم تدعم بشكل كاف.

وعند فحص النتائج السلبية التي تم التوصل إليها مع التصنيفين DSM, GAP K فإن هناك اهتماماً واضحاً ، في تحديد ما إذا كان هناك درجة عالية من الثبات بالنسبة لتصنيف DAM III-R. وهناك الكثير من الدراسات التي قدمت

معلومات تتعلق بثبات هذه التصنيف عند الأطفال والمراهقين (اضطرابات الأطفال والمراهقين السابق شرحها) بشكل خاص. ففي دراسة أجراها كانت ويل ورفاقه عام ١٩٧٩ ، حيث قارن بين الدليلين (أو الصيغتين) الثاني والثالث (DSM II,DSM III) فيما يتعلق بثبات أحكامهما التشخيصية مع الأطفال. واعتمدت الدراسة على أحكام تشخيصية استناداً إلى المعلومات التي تم جمعها من الحالات العيادية والمكتوبة للأطفال. وأظهرت الدراسة أن هناك تطابقاً تقريباً بين الدليلين الثاني والثالث من حيث ثبات أحكامهما التشخيصية. ورغم ذلك فما نزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات التي توضح درجة ثبات الفئات التشخيصية للاضطرابات التي يضمها الدليل الثالث (DSM III) والثالث المعدل (DSM III R).

نظرة في قضية التصنيف ومشكلته:

بالرغم من وجود عدد كبير من العلماء غير راضين عن التصنيف الموجود حالياً بسبب عدم دقته ، فإن بعضهم الآخر يعارض عملية التصنيف أساساً وخاصة عند الأطفال. ويأخذ هذا الجدل وهذه المعارضة عدة أشكال. فبعضهم يشدد على أن التصنيف يؤدي دوماً إلى فقر في المعلومات عن الفرد ، وذلك لأن التصنيف عموماً (لأي نوع) يضم وصفاً لعدد قليل ومحدود من السلوك الواقعي للفرد ، كما أن الصفات لا تناسب التصنيف الذي يظهر بعض التداخل. كما أن وجود خمسة محاور في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ، والثالث المعدل ، قد وضعت من أجل تجاوز مثل هذا النقد. أما الانتقاد الثاني الذي يواجهه التصنيف عموماً ، فهو يضع (أو يصف) بعض الأفراد ضمن فئات تشخيصية مرضية معينة ، مما يعطي انطباعاً بأنهم يختلفون نوعياً عما ندعوهم أسوياء. والعديد من المعالجين النفسيين يعتقدون بأن بعض درجات التطابق والتداخل موجودة بين السلوك السوي والسلوك الشاذ ، مما يعني أن التصنيف في فئات يعطي انطباعاً كاذباً عن عدم التجانس والتداخل.

أما الانتقاد الثالث حول تطبيق التصنيف التشخيصي ، فهو الأثر الذي يتركه في ردود أفعال الآخرين على الشخص المفحوص والمصنف أو المشخص.

وكما بين أولمان وكراسنر (Ullman, Krasner 1975) فإن التأثير الكبير الذي يؤدي إليه التشخيص المعتمد على التصنيف ، ربما يؤثر في سلوك الفاحص نفسه وفي طريقة العلاج الذي يتبعه معه.

على الرغم من ذلك ، فإن الكثيرين جداً من علماء النفس والمعالجين النفسيين ، يشددون على أهمية التصنيف وضرورته في علاج الكثير من الحالات ، لأنه يسهل في اختيار طريقة العلاج ، وعدم وجود اختلاف بين المعالجين في انتقاء الأسلوب العلاجي للمفحوص ، وخاصة مع الأطفال الذين يعانون من أعراض ذهانية وفصامية. عموماً نقول: إن للتصنيف قيمته الهامة ، وذلك لأغراض علاجية وبحثية ، ولأغراض التواصل بين الباحثين والمختصين في مجال الصحة النفسية. كما أن له أهمية كبيرة في الممارسة العلاجية.



الفصل الثالث
مشكلات النمو الشائعة

من الواضح أن الأطفال يظهرون عدداً متنوعاً من الحالات النفسية المرضية ، كالانغلاق على الذات أو التوحد ، واضطرابات النمو الشاذة المنتشرة Pervasive Developmental ، والتخلف العقلي ، التي تتصف جميعها بالخلل أو الضعف الحاد في كل من السلوك والعمليات المعرفية العقلية. وبعضها الآخر يكون سيكوسوماتي أو سيكوفيزيولوجي (نفسيجسمي) في طبيعته. وهناك حالات مرضية أخرى مثل قلق الأطفال ، والاضطرابات الانفعالية الوجدانية التي تنتج مستويات من الضيق والتوتر النفسي الذي يهدد حياة الطفل وحياة الأسرة أيضاً.

بالإضافة إلى هذه الاضطرابات أو الحالات المرضية ، هناك الكثير غيرها ، أقل حدة منها ولكنه تشغل بال علماء النفس والمعالجين النفسيين. من هذه المشكلات: اضطراب الإخراج أو صعوبات التدريب عليه ، ومخاوف الأطفال ، والكوابيس ، ومص الإصبع ، والعدوانية ، والعناد. يضاف إلى ذلك فإن بعض الأطفال منذ الولادة يظهرون صفات مزاجية تقودهم إلى صعوبات عديدة في التربية والرعاية بالنسبة لغيرهم.

سنبحث في هذا الفصل عدداً من هذه المشكلات السلوكية. ولكننا سننظر أولاً إلى مدى انتشارها بين الأطفال الأسوياء في المجتمع الأصلي ، معتمدين على معيار يستعمل في التمييز بين مشكلات النمو البسيطة والأمراض النفسية الشديدة عند الأطفال.

المشكلات السلوكية للأطفال الأسوياء :

من أكثر الدراسات المعروفة حول مشكلات السلوك عند الأطفال الأسوياء (غير المرضى الخاضعين للعلاج) ، هي الدراسة الطولية ذات الاختبار الكبير ، الذي قام بها ماكفرلاني وآلين وهونزك (Macfarlane and Allen and Honzik 1954) والتي فحصوا فيها مشكلات النمو التي يعانيها الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٢١ شهراً حتى ١٤ سنة. والجدول التالي يبين نسبة الأطفال الذين ـ ظهروا مشكلات نوعية محددة ومتميزة في مستويات الأعمال المختلفة.

النسبة المئوية لحدوث المشكلة السلوكية

المشكلة	الجنس	سن الثالثة	سن الخامسة	سن العاشرة	سن الرابعة عشرة
أحلام مزعجة	ولد	٢٩	٢٠	٣٣	٦
	أنثى	٢٩	٢٩	٤٧	٤
تبول لا إرادي	ولد	١٨	٨	١١	٠
	أنثى	٣١	١٠	٦	٠
إخراج وتلويث	ولد	٤	٣	٠	٠
	أنثى	٠	٠	٠	٠
عرات أو لازمات	ولد	٠	٥	٠	٠
	أنثى	٤	٥	٠	٠
قضم الأظافر	ولد	٨	٨	١٨	٣٨
	أنثى	١٠	١٧	٣٢	٢٢
مص الإبهام	ولد	١٨	٥	٠	٠
	أنثى	٣٥	١٩	٦	٠
نشاط زائد وسريع	ولد	٣٧	٤٦	٢٦	١١
	أنثى	٣٣	٣٥	١٥	٠
مشكلات النطق والكلام	ولد	٢٤	١٨	١١	٠
	أنثى	١٨	٨	٣	٤
الكذب	ولد	١٤	٤٩	١٥	٦
	أنثى	١٢	٤٢	١٢	٠
السرقة	ولد	١٢	١٠	٤	٠
	أنثى	١٨	٤	٠	٠

ويبدو من خلال هذا الجدول أن النسبة العليا من الأطفال الأسوياء يظهرون أشكالاً من السلوك الشاذ أو المرضي ، أو أعراضاً لصعوبات ومشكلات أساسية تقف خلفها. ومثل هذه المشكلات تميل إلى التناقص مع التقدم في السن حيث تنتهي وحدها مع نمو الطفل لمراحل أكثر تقدماً. إن مثل مشكلات السلوك هذه (السابقة الذكر) عند الأطفال الأسوياء كانت موضوعاً لدراسة عرضانية أجراها ليبوس ومونك (Lapouse and Monk 1964) من خلال مقابلة أمهات ٤٣٢ طفلاً تتراوح أعمارهم من ٦ حتى ١٢ سنة ، تمت مقابلتهم لبحث أشكال السلوك المشكل عند أطفالهن. إن النسبة المئوية للمشكلات التي يعانيها هؤلاء الأطفال موضحة في الجدول التالي :

السلوك	النسبة المئوية
مخاوف وقلق	٤٣٪
تبليل الفراش : بشكل متكرر	١٧٪
تبليل الفراش : مرة أو أكثر في الشهر	٨٪
كوابيس	٢٨٪
فقدان المزاج : مرة في الشهر أو أكثر	٨٠٪
فقدان المزاج : مرتين في الأسبوع أو أكثر	٤٨٪
فقدان المزاج : مرة أو أكثر في اليوم	١١٪
فرط نشاط	٤٩٪
إعياء وتعب	٣٠٪
لجلجة	٤٪
حركات غير عادية كالارتعاش والاهتزاز (عرات)	١٢٪
قضم الأظافر	٢٧٪
صرصرة الأسنان	١٤٪
مص الإصبع	١٠٪
عض أو علك اللباس	١٦٪

وقد وجد هؤلاء العلماء أن العمر ذو صلة وثيقة بمشكلات السلوك. مثلاً يقل حدوث مثل هذه المشكلات في الطفولة المتأخرة ، كما تقل الصعوبات السلوكية عند الأطفال الأكثر تقدماً في السن.

هل مشكلات النمو السلوكية هي أمراض نفسية؟ المنظور النمائي:

كيف ينظر علماء النفس إلى أشكال السلوك التي وجد ماكفارلين MacFarlane (١٩٥٦) ولابوس ومونك Lapouse and Monk (١٩٥٩) أنها تحدث بشكل متكرر في المجتمع الأصلي؟ هل ينظر إلى مشكلات السلوك هذه على أنها اضطرابات نفسية أم مشكلات وصعوبات مرتبطة بالنمو الطبيعي السوي؟ إن هذه الأسئلة مهمة بالنسبة للمعالج أو عالم النفس الذي يقدم مشاوراته إلى أهل الطفل الذي يعاني من هذه المشكلات. والسؤال الرئيسي الذي يطرحه الأهل دوماً سواء كان الطفل سوياً أم شاذاً (مرضياً): كيف نتخذ مثل هذا القرار؟ في الحديث عن عوامل النمو التي ترتبط بأمراض الأطفال النفسية ، بحث واينر عام ١٩٨٢ فكرة أننا نعرف كل اضطرابات الأطفال النفسية على أنها نمو منحرف وشاذ (أي أن النمو السوي يسير بشكل منحرف أو شاذ). من هذا المنظور توصف أشكال سلوك الأطفال على أنها مرضية فقط إذا كانت بداية وانطلاقاً من عمليات النمو السوي. ويضع (وينر) معايير نمائية متنوعة يمكن استعمالها للحكم عما إذا كانت أشكال السلوك سوية أم شاذة ، اثنان منها يجب اتباعها سواء كان السلوك موضع التساؤل والبحث يمثل تثبيتاً أم نكوصاً. فالتثبيت Fixation هنا يعزى إلى السلوكيات التي تستمر مع العمر ولو كانت سوية ومناسبة في مراحل سابقة. فتبليل الفراش مثلاً يعتبر سلوكاً سوياً وطبيعياً في سن الثالثة ولكنه شاذ أو مرضي في سن السابعة. أما النكوص Regression فيعزى إلى أن الطفل يكون في مستوى نمو مناسب في بعض المجالات النمائية فقط ولكنه يعيد أشكالاً من سلوك عمر سابق. فمشكلة تبليل الفراش في مثل هذه الحالة حيث إن الطفل الذي تدرب على الإخراج في سن الثانية إلا أنه يعود إلى تبليل الفراش ثانية في سن السادسة ، مثل هذا الطفل يقوم بسلوك نكوصي. إن تبليل الفراش الذي وصف بأنه سوي وطبيعي في

مرحلة نمو سابقة ينظر إليه على أنه اضطراب نفسي أو حالة مرضية حين يحدث في مرحلة نمو لاحقة. ينظر إلى الاضطراب النفسي أو السلوك المشكل على أنه فشل failure الطفل في إظهار أشكال السلوك المتوقعة في سنه. وعدم إظهار التواصل الكلامي في الثالثة والرابعة من العمر مثال على ذلك. إن هذا الغياب لتطور الكلام لا ينظر إليه على أنه شاذ أو مرضي في الشهر الثامن عشر من عمر الطفل. إن النمو المنحرف قد ينظر إليه على أنه مبالغة أو تضخيم بأشكال السلوك السوي نفسها. فالمخاوف البسيطة والمعتدلة والسلوك العدواني كلها متوقعة عند الأطفال الأسوياء في الطفولة المتأخرة، وهي بهذا الشكل البسيط أو المعتدل ليست شذوذاً أو اضطراباً. من جهة ثانية، فإن عدم إظهار الخوف أو العدوان ينظر إليه على أنه سلوك مرضي بسبب النضج المتطرف لهذه الاستجابات. أحياناً وفي بعض المناسبات يحكم على سلوك الطفل بأنه شاذ أو مرضي لأنه يختلف في جانبه النوعي عن السلوك الذي يعتبر سوياً في أي عمر. ويطرح (وينر) مثالاً عن فشل طفل معين في القيام بأشكال سلوك الاستطلاع والاستكشاف، والاستجابة السلبية للأطفال الآخرين في البيئة. مثل هذه الاستجابات يوصف بها الأطفال الأسوياء الذين ينزعون إلى الانشغال باكتشاف البيئة والبحث عن الإثارة.

إن المعرفة الشاملة عن النمو السوي للطفل، بما فيها من معلومات عن تكرار حدوث أشكال السلوك في مستويات العمر المختلفة، يمكننا أن نستعمل المعايير المستندة إلى النمو نفسه للوصول إلى أحكام عن أشكال النمو السوي وغير السوي.

ومن منظور نمائي، توجد مبررات متعددة لوصف الصعوبات التي سنبحثها في هذا الفصل باعتبارها مشكلات نمو شائعة أكثر من اعتبارها اضطرابات. والمبرر الأول الذي يدفعنا إلى تسميتها مشكلات نمو هو أنها مشكلات شائعة في المجتمع الأصلي للأطفال الأسوياء. والمبرر الثاني، هو أنها أقل حدة من غيرها من الاضطرابات التي سنناقشها في هذا الكتاب. والمبرر الثالث لتسميتها، هو أنها عادة ما تكون زائلة أو عابرة وتنتهي مع التقدم في العمر.

والمبرر الأخير ، هو أنها مشكلات غالباً ما تظهر في مشكلة واحدة محددة أو في سلوك معين (على شكل نمط سلوكي ، أو نموذج للسلوك) أكثر منها على أنها تجمع لعدد من الأعراض ، كما هو الحال في الاضطرابات النفسية. ولا يعني هذا ، أن أشكال السلوك هذه ليست مصدراً للقلق والصعوبات ، خاصة إذا حدثت بشكل متكرر أو استمرت بعد عمر معين. في مثل هذه الحالات تكون المساعدة المهنية الاختصاصية ذات أهمية كبيرة للعودة بالسلوك إلى النمو السوي.

الطفل صعب المزاج :

منذ الأسابيع والأشهر الأولى لحياة الأطفال تظهر فروقاً فردية في استجاباتهم لمثيرات المحيط حولهم. فبعضهم يظهر أشكالاً من السلوك التي تجعل مهمة الوالدين سهلة ، بينما بعضهم الآخر يظهر أشكالاً من السلوك التي تتحدى مهارات التكيف والتعامل ، وتقاوم حلّ أكثر الأهل قدرة ومهارة. والمثال التالي نموذج عن ذلك :

«حالما خرج الطفل من المشفى ، لم ينم كما توقع أهله ، كما أن وقت قيلولته وفترات نومه النهاري لم تكن منتظمة وغير متوقعة ، ولم يذهب للنوم في أوقات محددة وفي بعضها الآخر يستيقظ ليلاً. وحاول أهله وضع برنامج له للنوم والغذاء ولكنه لم يتكيف معه ويبقى يصرخ طالباً الطعام في أوقات مختلفة في الليل والنهار ، وكان يصرخ حين يبلل نفسه ويتبول وحين يتلوث ، وحينما لا يقوم أحد على أخذه والالتفات إليه. وبالرغم من المحاولات المستمرة لتعديل سلوكه من قبل أهله بقيت هذه الصفات السلوكية ، إضافة إلى عدم تكيفه مع المواقف الجديدة. إن أكثر الأعمال والبحوث العيادية والعلاجية التي تعاملت مع مثل هذه الصعوبات والمشكلات السلوكية ، أجراها العالم والطبيب النفسي الكسندر توماس ورفاقه في دراستهم المطولة في نيويورك ، والتي استغرقت حوالي خمس وعشرين سنة. وقدموا معلومات هامة متعلقة بالمزاج وقياس التكيف لأكثر من ١٠٠ طفل في أعمار مختلفة. وقد وضعت أبعاد للمزاج وأشكال السلوك المتعلقة به في الأعمار بين شهرين وخمس سنوات ،

هذه الأبعاد هي: مستوى النشاط ، النظم والإيقاعية ، الارتباك والذهول ، الإحجام والإقدام ، القدرة على التكيف ، طول فترة الانتباه ، رد الفعل ، عتبة الاستجابة ، ونوعية المزاج. وكل بعد من هذه الأبعاد له مستويات من حيث شدته ودرجته ، ولكل مستوى صفاته السلوكية المميزة في عمر معين. (Thomas, Chess, Birch 1984). والمثال (الجدول) التالي يوضح ذلك:

نوع المزاج	الدرجة	شهرين	٥ سنوات
النشاط والفعالية	عالي	يتحرك كثيراً خلال النوم	غالباً ما يترك الطاولة عند الطعام ويركض
	منخفض	لا يتحرك خلال النوم وحين إلباسه	يأخذ وقتاً طويلاً طويلاً للباس ويجلس بهدوء
النظم والإيقاعية	نظامي	يأكل بانتظام كل أربع ساعات	يفشل في النوم حين توجده بالسرير
	غير نظامي	يأكل في أوقات متفاوتة صباحاً واختلاف في الكمية	اختلاف في وجبات الطعام وكميتها ، وأحياناً بعض التقلصات في الأمعاء

ومع أن هؤلاء الباحثين قد وضعوا تسعة أبعاد للمزاج ، فقد وجدوا أن هذه المجموعة من الأبعاد يمكنها أن تعرف وتختصر ، أو تحدد ثلاث مجموعات للمزاج بشكل عام. فالأطفال الذين يتصفون «بالسهولة» أو المرونة Easy يظهرون عادة أنظمة محددة فيما يتعلق بالطعام والنوم ، كما أنهم يميلون

للتكيف والإقدام بسهولة ، وسرعة في المواقف الجديدة ، وعندهم ردود فعل إنفعالية إيجابية عادة ما تكون متوسطة من حيث الشدة. أما الأطفال الذين يتميزون بالتذبذب ، من البطء إلى النيرانية والسرعة ، فإن لهم مستوى نشاط منخفض وأقل قدرة على التكيف من سابقيهم ، ويميلون للانسحاب من المواقف الجديدة. وبالرغم من أنهم يظهرون مزاجاً سلبياً ، فإن استجاباتهم الانفعالية عادة منخفضة. أما الأطفال الذين يدخلون في صنف «الطفل الصعب» Diffecult فإنهم غير نظاميين فيما يتعلق بالطعام ، والنوم ، ، وأقل قدرة على التكيف ، وأكثر ميلاً للانسحاب من المواقف الجديدة ، كما يتصفون بدرجة عالية من الاستجابات الانفعالية السلبية. ومن غير المدهش أن سلوك هؤلاء الأطفال غالباً ما يكون مصدر اهتمام الأهل وقلقهم. ولحسن الحظ ، هناك عدد قليل من الأطفال الذين يدخلون في هذه الفئة الأخيرة ، منها بالنسبة لسابقتها. وقد وجد توماس Thomas أنه من بين ١٤١ طفلاً تم تشخيصهم في العينة الأصلية ، كان هناك ١٠٪ قد صنفوا في فئة «الطفل الصعب» (في حين ٣٠٪ من صنف الطفل السهل المرن ، ١٥٪ بطيئون ثم نيرانيون ، والمتبقون من العينة لم يدخلوا ضمن أية فئة من الفئات الثلاث).

العوامل المساهمة في تحديد مزاج الطفل:

بالرغم من أن العوامل التي تساهم في خلق مزاج الطفل وتكوينه ، لم تفهم بشكل واسع بعد ، إلا أنه غالباً اعتبرت عوامل بيولوجية. والذي يدعم هذا الاتجاه هو حقيقة الفروق التي نجدها بين المواليد منذ الولادة. فحقيقة كون الفروق موجودة قبل تأثير التنشئة الاجتماعية والخبرات المحيطة ، يعني أنها بنائية وبيولوجية في الأصل. والدليل الذي يؤكد هذه العوامل يأتي من دراسات التوائم المتماثلة والمختلفة والمتعلقة بالمزاج. لقد بينت النتائج أنه بالنسبة لبعض أبعاد المزاج ، تتشابه التوائم المتماثلة أكثر من التوائم المتباينة. فافتراض أن التوائم من نفس الجنس يخبرون ويمرون بنفس المؤثرات المحيطية ، وأن الفروق الرئيسة بين التوائم المتشابهة والمتباينة يجب أن تعمل وفقاً للتشابه الجيني (الوراثي) ، وهذا يدعم كون العوامل البيولوجية تساهم في

تكوين المزاج ، وهذا الدور الذي تلعبه العوامل الجينية قد أظهره علماء ومنهم بل ووادروب (Bell and Wadrob 1982) حيث بينا العلاقة بين المزاج والشذوذات الجسمية البسيطة. فهذه الشذوذات الجسمية البسيطة هي انحرافات واضحة في التكوين الجسدي للطفل (كبر أو صغر الرأس بعض الشيء ، تغيرات في الشعر ، تشكيل الأذن ، انحناء الإصبع الخامس ، فارق كبير بين القدم الأول والثاني) والتي تعكس الانحراف في النمو الوراثي الجيني. إن هذه العلاقة بين المزاج والشذوذات الجسمية ، بينت أن هناك عوامل جينية وراثية وخلقية غريبة genetic and teratogenic تؤثر في النمو الجنيني كما تؤثر في النمو الجسدي للطفل وسلوكه. ومع أن مثل هذه البحوث تقدم دليلاً على دور العوامل البيولوجية في المزاج ، إلا أن العوامل البيئية تلعب دوراً رئيسياً وهاماً في تشكيله أيضاً والتي تبدو بشكل خاص مع تقدم الطفل في العمر. يؤيد ذلك عدة دراسات ، منها دراسة كاميرون (Cameron 1977) التي بينت أن تغيرات المزاج مع الزمن ومع التقدم في السن ترتبط بدرجة كبيرة بصفات الوالدين وخصائصهم المزاجية. إن دور هذه العوامل والمتغيرات في تكوين المزاج والفروق الفردية فيه عند الأطفال بحاجة إلى مزيد من الدراسة والاستقصاء.

قرائن المزاج الصعب:

بالرغم من أن الأطفال الذين يتميزون بالمزاج الصعب ، أقل من الأطفال الذين يتميزون بأنواع المزاج الأخرى ، فإن أكثر الدراسات قد ركزت على الأول. وهذا التشديد يتعلق بحقيقة كون الأطفال من هذا النوع يعتبرون مشكلة بالنسبة لآبائهم وأنهم يضعونهم في خطر التعرض لأمراض نفسية أيضاً. فالنتائج المبكرة التي توصل إليها توماس عام ١٩٦٨ ، بينت أن ٧٠٪ من الأطفال ذوي المزاج الصعب ، قد اظهروا مثل هذه المشكلات والاضطرابات النمائية السلوكية لاحقاً. وقد توصلت دراسات أخرى إلى نفس العلاقة بين المزاج في الطفولة واضطرابات الراشدين النفسية (Johnson 1984, Earls 1981). وبغض النظر عن العلاقة الهامة بين المزاج في مرحلة الطفولة ، ومشكلات

التكيف والسلوك ، يجب أن نلاحظ أن قوة هذه العلاقة ليست كافية للتأكد من الاضطرابات والمشكلات السلوكية اللاحقة بالاستناد إلى المزاج الصعب للطفل ، ولكنه مؤشر هام.

المزاج والبيئة «نظرية التناسق والتجانس الجيد» :

بالرغم من الافتراض الأساسي حول التأثير المباشر للمزاج في السلوك اللاحق للفرد ، فإن العالمان توماس وشيس (Thomas and Chess 1984) في هذا المجال ، قد وضعوا نظرية تسمى نظرية التناسق والتجانس الجيد. ووفقاً لهذه النظرية ، فإن درجة التناسق والانسجام بين مزاج الطفل وبيئته هو الذي يحدد احتمالية حدوث المرض النفسي واضطراب السلوك لاحقاً ، أكثر من مجرد المزاج وحده. وفوق ذلك فإن الطفل الذي يتصف بأنه ذو مزاج صعب ربما يطور مشكلات خطيرة إذا نشأت عن طريق والدين يتميزون بالصلابة وعدم الصبر ، في حين لا تطور مع والدين مرنين. إن الدراسات التي أجراها (بلومين) تقدم دعماً للآثار الناتجة عن تفاعل مزاج الطفل مع السلوك الوالدي.

المزاج الصعب : ملاحظة أخيرة :

هناك عدة أسئلة تتعلق بالطرق المناسبة لقياس المزاج وتشخيصه (منها استخبارات الأهل ، استفتاءات المعلمين ، الملاحظة السلوكية) ، والعوامل التي تساهم في اختلاف صفات المزاج وثباته مع التقدم بالعمر ، وكذلك درجة ونوع التفاعل بين المزاج والبيئة. فهناك معطيات كافية تبين أن المزاج عامل هام يساهم في تشكيل سلوك الطفل. ومن خلال وصف أهمية المزاج يجب أن نلاحظ أن المزاج الصعب لا يعني الاضطراب النفسي. ولكن ذلك لا يعني أيضاً التقليل من كون سلوك الطفل الصعب المزاج قد يصبح مصدراً لقلق الوالدين ويعتبرونها مشكلة يصعب علاجها والتعامل معها.

نمو عمليتي التحكم بالمثانة والإخراج :

من المهمات أو المطالب النمائية المتنوعة في مرحلة الطفولة التدريب على

الإخراج باعتبارها واحدة من القضايا التي تشغل الأهل بدرجة كبيرة. فالوالدان غالباً ما يتساءلون عن العمر الذي يجب فيه على الطفل أن يتدرب على الإخراج والدخول للحمام، وكيف سيقوم بذلك. وغالباً ما يقلقون حول ما إذا كان طفلهم لم يتدرب سابقاً أو تأخر في ذلك. وبعيداً عن هذه الانشغالات فإن الأطفال عادة يتحكمون بعمليتي التبول والإخراج بدون صعوبات أو مشكلات خطيرة تذكر.

يختلف الأطفال عادة في العمر الذي يقدرون فيه ويتدربون على التحكم بالإخراج. بالطبع فإن الأطفال في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة غير قادرين على القيام بذلك. وفي سن الثالثة فإن أكثرهم يصبحون قادرين على ذلك. وفي سن الرابعة والخامسة فإن ٨٠٪ منهم يصبحون قادرين على التحكم الليلي في التبول وضبط المثانة.

إن التحكم بالإخراج يحدث عادة قبل التحكم بالتبول أو ضبط المثانة. ووفقاً لأريكسون فإن ٧٠٪ من أطفال الثانية، و٩٠٪ من أطفال الرابعة قادرون على ذلك. وقد بين لايوس ومونك (Lapous and Monk 1959) أن ٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الرابعة والثامنة، و٤٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين التاسعة والثانية عشرة يصبحون قادرين على ذلك تماماً. ومع أن العمر الدقيق من طفل لآخر فإن المعدل العمري الذي يقدر فيه الأطفال على التحكم بالتبول ليلاً ونهاراً هو سن الرابعة وإن التحكم بالإخراج يكون أسبق من ذلك.

لقد بينت الدراسات الطبية أن سن الثانية هو العمر الذي يبدأ فيه الطفل بالتدريب على الإخراج وقد بين توماس وزملاؤه أنه تحت بعض الشروط والظروف المناسبة فإن التدريب على الإخراج يتم في وقت أبكر أيضاً في ضوء هذه الشروط هناك بعض الإرشادات الهامة التي تفيد في تدريب الطفل منها:

١ ـ عليك أن تنظر إلى الدلائل التي تبين استعداد الطفل للتدريب (مثل خروجه ليلاً للحمام)، واستيقاظه دون تبليل، أو شعوره بعدم الارتياح حين يبلل الفراش.

٢ ـ دع الطفل يلاحظ أطفال أسر أخرىٰ يستعملون الحمام ، واقترح عليه أن يفعل ذلك بحيث يتشكل عنده قدوة.

٣ ـ دعه يستعمل وعاء الإخراج ، إنها مريحة وأقل إزعاجاً كما تطلب تدخلاً أقل من قبل الأهل مقارنة بالدخول إلى الحمام.

٤ ـ حاول أن تتنبأ بمواعيد إخراج الطفل وذهابه للحمام ، وأدخله أنت إذا بدت عليه علائم حاجته لذلك.

٥ ـ لا تستخدم العقاب إطلاقاً ، ولا تشعره بالذنب إذا وسخ ثيابه.

٦ ـ لا تصر على أن يجلس الطفل على وعاء الإخراج لأكثر من خمس دقائق. إنك لا تريد أن يكون اتجاهات سلبية نحو عملية الإخراج.

٧ ـ لا تقلق حول التبلل الليلي مرة واحدة أو اثنتين إذا كان الطفل ينجز عملية الإخراج بصورة جيداً نهاراً.

وهناك طرق عديدة للتدريب وضعها العالمان آزرين وفوكس (Arsine and Fox) تستند إلى التعزيز والتعلم بالاقتداء ، وقد بينا فعاليتها وذلك في كتابهما المعنون التدريب على الإخراج في أقل من يوم. ويجب أن نلاحظ أن بحوثاً عديدة تفترض أن الوالدين قد يجدان صعوبة في إنجاز البرنامج وحدهما دون استشارة ، وأن نفس المظاهر الخاصة بالتدريب تستدعي استجابات قوية عند الطفل.

وكما لاحظنا في بداية الحديث عن هذا الموضوع ، فإن أكثر الأطفال يتحكمون بالإخراج في سن الرابعة والخامسة. وبالرغم من أن هذا ما يحدث عادة بدون جهد كبير من الأهل فإن التدريب ربما يسهل إذا ما اتبعت الإرشادات السابقة الذكر. إلا أن قلة من الأطفال يفشلون في التحكم في سن الخامسة وما بعد. إن مصطلح البوال أو السلس الليلي enuresis وعدم التحكم بالإخراج encopresis يشيران إلى فشل الطفل في التحكم بالمثانة والبول (البوال) أو في الفضلات (الإخراج) إلى الخامسة وما بعد مما يعتبر مشكلة سلوكية بحاجة إلى معالجة. وسنأتي على ذكر هذا لاحقاً.

مخاوف الأطفال:

إن المخاوف مشكلات شائعة في مرحلة الطفولة. والنسبة العظمى من الأطفال الأسوياء لا يظهرون مخاوف محددة بعض الوقت خلال سنوات حياتهم الأولى فقط، ولكنهم يظهرون مخاوف متعددة، فقد تبين للعالمين (لابوس ومونك) أنه من بين ٤٨٢ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦ و١٢ سنة أظهر ٤٣٪ منهم ٧ أنواع من المخاوف أو أكثر قد ذكرتها لهم أمهاتهم. وفي دراسات أخرى تبين أن المخاوف تأخذ أشكالاً متعددة تمتد من الخوف من مثيرات واقعية حسية معينة (كالحيوانات والغرباء والماء) إلى مواقف أكثر تجريداً كالخوف من الافتقاد والخوف من الموت. وهناك مواقف نوعية أكثر انتشاراً، ولكن مدى المثيرات والأشياء التي تستدعي الخوف عند الأطفال واسعة جداً، وتظهر عند الذكور والإناث إلا أنهم أكثر انتشاراً عند الإناث وخاصة في نهاية مرحلة الطفولة.

إن نمو المخاوف (أو الخوف المرضي) عند الأطفال قد تم شرحها من وجهات نظر عديدة (سنبحثها لاحقاً) ولكن لا بد من أن نذكر أن أحد مصادر مخاوف الأطفال ترتبط بمثيرات محددة والتجربة الكلاسيكية التي أجراها واطسن عام ١٩٢٠ تمثل الإشراط الكلاسيكي لاستجابة الخوف عند الطفل الصغير آلبرت وذلك عن طريق اقتران المثير المنفر (الصوت) بالمثير الحيادي (الفأر). وعلى الرغم من عدم إمكانية تحديد الإشراط الخاص الذي يقدر خوف الطفل، في أكثر الحالات، فمن المعتاد افتراض عوامل أخرى متدخلة وبالنسبة لهذه العوامل يمكن تطوير العديد من المخاوف التي تنتج عند الأطفال عن طريق التعلم بالتقليد وملاحظة النموذج (كالأهل والأقران الذين يظهرون مثل هذه الاستجابات). وفوق ذلك الاكتساب المتبادل للمخاوف. وهناك عدد من استجابات الخوف التي تستمر بسبب التعزيز الذي تلاقيه من البيئة. ويجب أن نلاحظ أن استجابات التجنب قد تتعزز كتلك السلوكيات أو الاستجابات التي تخدم في تجنب القلق المرتبط بالموضوعات والمواقف المخيفة التي يواجهها الطفل. ويجب الانتباه إلى أن نوع المزاج الذي سبق شرحه يمكن أن

يكون عاملاً هاماً في تطوير بعض استجابات الخوف عند الطفل. إن عوامل مثل: القدرة على التكيف، والإقدام أو الانسحاب، وشدة رد الفعل، وعتبة الاستجابة لها دور هام في ذلك. وأخيراً هناك عوامل مرتبطة بالنمو قد تساهم في تشكيل مخاوف الأطفال منها: مستوى النمو المعرفي للطفل الذي يرتبط ليس فقط بنمو المخاوف ولكن بنوعها وطبيعتها أيضاً حيث تكون مخاوف الأطفال الصغار أكثر عيانية وواقعية أي حسية مقارنة مع مخاوف الأطفال الأكثر تقدماً في السن الذين يظهرون مخاوف أكثر تجريداً. كما تساهم العمليات المعرفية في تطوير التخيلات عند الطفل، هذه التخيلات تلعب دوراً هاماً في استجابة الخوف.

إن مخاوف مرحلة الطفولة غالباً ما تكون عابرة بطبيعتها كما قال إميل كامب (Emmelkamp). وقد وجد ماك فارلان أن المخاوف الشائعة تقل مع التقدم بالسن. وقد قدم عدد من العلماء معطيات أكثر حداثة تدعم هذه النتيجة العلمية. وبالرغم من أن الدراسات لم تبين بأجمعها أن مخاوف الأطفال عابرة ومؤقتة، فإن العديد منها يميل للاختفاء دون معالجة. وفوق ذلك فإن المخاوف البسيطة mild fears تعتبر طبيعية وسوية في مرحلة الطفولة، أكثر منها مرضية. ويصدق هذا القول أيضاً على بعض المخاوف النوعية في مراحل عمرية محددة، كما في الأمثلة التالية:

من ١ حتى ٦ أشهر: فقدان الدعم أو الرعاية، أصوات عالية.

من ٧ حتى ١٢ شهر: خوف من الغرباء، خوف من المفاجآت.

خلال السنة الأولى: خوف من الانفصال عن الوالدين، خوف من الأذى، ومن الغرباء، ومن الحمام.

في عمر السنتين: خوف من الأصوات العالية ومن الحيوانات ومن الظلام ومن الانفصال عن الوالدين، ومن الأذى والآلات.

من ٣ حتى السادسة من العمر: خوف من الظلام، ومن الحيوانات، ومن الليل، ومن الأصوات، وخوف من الوحدة.

من ٧ حتى ٨ سنوات: خوف من الظلام ، ومن الوحدة ، وخوف من أذى الجسم.

من ٩ حتى ١٢ سنة: مخاوف من الامتحان ، ومن الأداء الدراسي ، وخوف من الموت.

إن المخاوف البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة ، وفي الكثير من الحالات تختفي مع التقدم بالسن ، وحتى لو أحدثت نتائج خطيرة ، فلا مبرر للمداخلة العلاجية ، بالرغم من أن بعض الطرق كالتعلم بالاقتداء والنموذج ، وخفض الحساسية في التعامل مع هذه المخاوف الطبيعية تكون فعالة في معالجتها ، كما هو الحال مع الخوف المرضي. ومن الواضح أن الخوف إذا أصبح متكرراً وشديداً ، فإنه لا ينتهي وحده مع مرور الوقت كما هو الحال مع الخوف البسيط. وإذا أدى إلى إحداث مشكلات خطيرة للطفل ، فإن المداخلة العلاجية النفسية ضرورية. هنا يكون التمييز بين الخوف والمخاوف المرضية أمراً ضرورياً ، لأن المخاوف المرضية تتطلب تقنيات علاجية خاصة (وسنتحدث عن المخاوف المرضية وعلاجها في فصل لاحق).

الانسحاب الاجتماعي:

إن تعلم كيفية الاتصال وتكوين العلاقات مع الأقران والراشدين يعتبر من المهمات النمائية الهامة جداً في مرحلة الطفولة. ومع أن هذا المظهر الخاص بالتنشئة الاجتماعية قد يمر بشكل سليم وبدون مشكلات بالنسبة للكثير من الأطفال ، إلا أنه قد يخلق مشكلات كثيرة عند البعض الآخر ، مثل الخجل ، وصعوبة تكوين صداقات ، والانسحاب والعزلة ، وهذه من المشكلات الشائعة نسبياً كما وضحها (Calfard 1981) ، حين أشار إلى أن ٢٥ من طلاب المدارس العليا والجامعة خجلون في حياتهم. وقد قدم العالم كراوتر Crawter معطيات وحقائق إضافية تشير إلى أن النسبة العالية من أطفال ما قبل المدرسة يوصفون من قبل معلميهم بأنهم خجولين ويتجنبون التواصل مع الآخرين ، ويعانون من صعوبات في التفاعل مع الأقران.

أن يكون الفرد خجولاً أو منطوياً اجتماعياً ليس أمراً شاذاً دائماً ، إلا أن فشل الطفل في التفاعل السهل مع المواقف ربما يثير اهتمام الأهل ، ومن غير الواضح لماذا يكون بعض الأطفال خجولين ومنسحبين ، وآخرون منفتحين واجتماعيين. وقد وضع العلماء عدة عوامل في تفسير ذلك:

١ ـ هناك دليل على أن العوامل الجينية أو الوراثية تلعب دوراً بدرجة معينة. وقد بين (أيزنك) أن للوراثة دوراً هاماً في سمتي العصابية والانطوائية ، مشيراً إلى أن بعض الأطفال عندهم استعداد وراثي ليكونوا أكثر انطوائية وانسحاباً من غيرهم.

٢ ـ إن سلوك المنطوي ، يمثل مظاهر سلوكية لصفات المزاج التي شرحناها. فقد تبين أن المزاج الصعب يرتبط بمتغيرات مثل الانسحاب الاجتماعي والقلق ، وبمستوى منخفض من المهارات الاجتماعية.

٣ ـ ربما يكون ميل بعض الأطفال إلى التفاعل مع الآخرين متأثراً بخبرات سابقة مر بها الطفل ، كشعوره بالقلق ، أو أن يكون موضع سخرية من الآخرين كما حدث في مرات سابقة مما يؤثر في سلوكه اللاحق. فالانسحاب ناتج عن فشل في مهارات التفاعل.

لقد أكد أكثر العلماء على أن تسهيل السلوك التفاعلي عند الأطفال يتم عن طريق خفض القلق والخجل عندهم وتدريبهم على المهارات الاجتماعية المناسبة كما يمكن اتباع طريقة الاقتداء والتفاعل التدريجي خطوة بخطوة مع الأقران والآخرين ثم تعميمها على كل الأفراد. ويلعب الإشراط الإجرائي دوراً هاماً في زيادة التفاعل الاجتماعي عند الأطفال. وبالرغم من أن التعلم عن طريق الاقتداء له دور هام في زيادة التفاعل الاجتماعي عند الأطفال المنسحبين ، إلا أن للتعزيز دوره أيضاً في المحافظة على هذا التفاعل واستمراريته ، (كما في طريقة التدريب على المهارات الاجتماعية التي سنشرحها لاحقاً).

الغضب ونوبات الغضب:

كثيراً ما يواجه الأهل أطفالهم وهم يستجيبون لمواقف الفشل والإحباط بإظهار نوبات الغضب. فربما يبكي الطفل أو يصرخ أو يقع على الأرض، أو يقوم بأشكال متنوعة من السلوك التي تعبر عن عدم الرضا، وعن غيظه في المواقف. ومع أن الغضب انفعال شائع عند الأطفال الأسوياء فإن من غير المدهش أن يطلب الوالدان مساعدة نفسية في التعامل معهم ومواجهة ذلك حين وقوعه.

بالرغم من أن أسباب نوبات الغضب متنوعة، إلا أنها غالباً ما تكون مستثارة بمواقف إحباط وفشل، وتستمر بسبب آثارها. والمثال التالي يوضح ذلك. لنتصور أماً مع طفلها في السوبر ماركت، وقد رأى الطفل شيئاً ما، وطلب من والدته أن تشتريه له، وقد رفضت الأم ذلك، مما زاد من إلحاح الطفل عليه وطلبه. وبعد محاولات فاشلة لم يُلبَّ طلبه، وأظهر نوبات الغضب وأوقع نفسه على الأرض. إن سلوك الغضب يعتبر مكروهاً ومرفوضاً بالنسبة للأم. إن ما يزعج الأم ويربكها ليس فقط الصراخ ونوبات الغضب، ولكن شعورها بأن الآخرين يعتقدون أنها ليست أماً جيدة وصالحة لأنها لم تستطع ضبط طفلها. ومن الواضح هنا أن الأم تعزز سلوك الغضب عند الطفل مما يزيد من تكراره في مواقف أخرى مشابهة، من وجهة نظر أخرى، يجب أن نلاحظ أن الأمر يتطلب من الأم أن تدفع نقوداً أيضاً. ولأن الاستسلام للطفل ورغبته سيوقف الغضب، فإن سلوك الأم ربما تعزز سلبياً (تم تقويته) لأن سلوك التسليم لرغبة الطفل، يؤدي إلى توقف الحالة المزعجة (أي سلوك الغضب عند الطفل)، وهذا ما يخلق احتمالية كبيرة لاستسلام الأم للطفل في المواقف المشابهة في المستقبل. وفوق ذلك فإن الغضب يمكن استثارته أو استدعاؤه في بعض حالات الفشل، ويمكن المحافظة عليه من خلال آثاره ونتائجه المتعلقة بالمحيط. وبالرغم من وجود عدد قليل من الدراسات حول هذا الموضوع، باعتباره سلوكاً متعلماً بالتبادل، يبدو أن سلوك الغضب عند الأطفال الأكبر سناً قد يتعلمون ذلك عن طريق الاقتداء ورؤية الآخرين.

بينت الدراسات أن سلوك الغضب يمكن تفسيره ومعالجته في ضوء مبادىء التعلم ، كما وضح ذلك وليمز (Williams 1959) في اتباع الاتجاه السلوكي في معالجة الغضب عند طفل عمره عشرون شهراً ، كان يظهر دوماً أشكالاً من سلوك الغضب عندما تضعه أمه في سريره وتغادر الغرفة. إن تكرار مثل هذه المشكلة السلوكية ، أدى بالأهل إلى البقاء حوالي ساعتين في غرفته يومياً حتى ينام. واستناداً لهذا الإجراء من قبل الأهل فقد استمر سلوك الطفل وتعزز عن طريق جذب انتباه والديه وبقائهم بجانبه يومياً مما يعتبر معززاً قوياً لاستمرار سلوك الغضب والصراخ. ولمعالجة هذا السلوك تم توجيه الأهل ، بأن يضعوا الطفل في السرير ، وحين يتأكدوا من أنه في وضع طبيعي وعلى ما يرام ، طلب منهم ترك الغرفة وعدم العودة إليها حتى لو صرخ وبكى. وبالرغم من أن الطفل كان يصرخ لمدة تزيد عن ٤٠ دقيقة في المرات الأولى ، إلا أن سلوك الغضب والصراخ قد انخفض خلال عشرة أيام من إجراء التجاهل هذا (وسنشرح هذه الطريقة لاحقاً).

إن طريقة الإبعاد المؤقت Time-Out قد استعملت كثيراً في علاج نوبات الغضب. كما تستخدم هذه الطريقة في معالجة الكثير من أشكال السلوك الشاذ. والافتراض الذي تستند إليه هذه الطريقة ، هو أن الطفل ينتقل من موقف معزز ، حالما يحدث السلوك ، وقبل أن يتم مكافأته ، وبالتالي فإن المشكلة ستنخفض (وسنعرض هذه الطريقة في فصل لاحق).

إن الغضب الذي يظهره الطفل يكون منفراً (ومكروهاً) ، ولكنه لا يشكل تهديداً بالنسبة إلى الآخرين. وفي حالات أخرى يتعرض فيها الطفل للإحباط والفشل ربما يصبح عرضة للسلوك العدواني نحو الآخرين كالضرب ، والدفع ، والخدش بالأظافر ، وأخذ أشياء الآخرين. أو بإظهار أشكال أخرى من السلوك. ويجب على الأهل مواجهة مثل هذا السلوك في وقت أو آخر مما يصبح مصدراً للانشغال والاهتمام.

لقد شدد (Clarizio and McCoy 1983) على أن تعلم كيفية التعامل مع العدوان بطريقة مناسبة هو المظهر الهام في التنشئة الاجتماعية للطفل ، وبينا أنه

بالرغم من أهمية تعليم الطفل أن لا يكون عدوانياً نحو الغير إلا أن من المهم أن لا تتعامل معه بشكل خشن ومزعج أو لا نكبته بالكامل لأن درجة من التنافس والتوكيدية (تأكيد الذات Assertiveness) ضرورية في المجتمع. إن تعلم كيفية التعامل الجيد مع السلوك العدواني مهمة هامة في مرحلة الطفولة. وبالرغم من قلة ظهور مثل هذا السلوك عند الأطفال إلا أنه يظهر عندهم بنسبة معينة. والجدول التالي يبين نسبة ظهور السلوك العدواني عند الذكور والإناث في أعمار متعددة:

الجنس	سنتان	ثلاث سنوات	أربع سنوات	خمس سنوات
ذكور	٥,٢٨	٤,٣٩	٨,٢٦	٧,٢٤
إناث	١,٩	٦,٢٧	٦,١٢	٠,١١

وهكذا يظهر أن السلوك العدواني أكثر حدوثاً عند الأطفال في الثانية والثالثة، ومن المنطقي أن نسأل لماذا يتصرف الأطفال هكذا «بعدوانية»؟ فما الذي يدفع الطفل لإيذاء الغير، أو لإساءة الغير لفظياً أو خدش الآخر؟ لقد وضعت العديد من النظريات التي تفسر ذلك. ومن أشهر هذه النظريات اعتمدت على بحوث باندورا وسوف ننظر باختصار لبعض هذه التغيرات.

تعتبر نظرية التحليل النفسي أن العدوان نتيجة لدوافع غريزية. في حين أن دولارد وميللر السلوكيان يعتبران السلوك العدواني نتيجة للإحباط والفشل. بينما يرى باندورا (صاحب نظرة التعلم الاجتماعي) أن العدوان سلوك يتم تعلمه عن طريق الملاحظة والاقتداء، ويتم استمراريته بالتعزيز. إن الكثير من الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع تدعم وجهة نظر التعلم الاجتماعي هذه والتي تشدد على تشكل السلوك بالملاحظة، والتي تعتبر ذات أهمية كبير وفي تشكيل السلوك العدواني عند الأطفال. ومن النتائج المثيرة للاهتمام، تلك البحوث التجريبية، التي افترضت أن المشاهدة المستمرة لبرامج العنف والعدوان في التلفزيون ذات دور هام في إحداث السلوك العدواني عند الأطفال. وهناك دراسات عديدة تدعم نظرية دولارد وميللر أيضاً باعتبارها

العدوان ناتجاً عن حالة من الإحباط. وكما لاحظ باندورا عام ١٩٧٣ أيضاً حين قال «إن الإحباط والغضب وإثارتهما يعتبران من العوامل المسهلة التي تحدث العدوان ، ولكنها ليست ضرورية». وهناك بحوث قليلة متاحة تدعم وجهة النظر الدينامية في تفسيره.

إن الدراسات المتعلقة بتعديل السلوك العدواني وعلاجه ، تزودنا ببعض الخطوط العريضة والهامة جداً في هذا السياق. فقد تبين مثلاً ، أن من الممكن خفض أشكال السلوك العدواني عن طريق عرض أشخاص غير عدوانيين يكونون بمثابة قدوة Models أمام الطفل يمكنه أن يقتدي بهم وبسلوكهم أو عرض أشخاص آخرين يسلكون عدوانياً وهم يعاقبون على ذلك (Bandura). وفي بعض الحالات فإن مجرد تجاهل Ignoring السلوك العدواني ، وعدم تعزيزه بالانتباه إليه ، كاف لخفضه. وقد تبين للعلمين براون وألوت أن من الممكن خفض العدوان اللفظي والجسمي في مدرسة للرعاية الخاصة ، عن طريق عدم الانتباه لهذا السلوك إطلاقاً ، في حين يتم تعزيز السلوك التعاوني ومكافأته.

العناد وعدم الطاعة :

كثيراً ما يشكو الوالدان من أن أطفالهم لا يطيعون ، وأنهم لا يقومون بما يطلبون منهم فعله (مثل تنظيف غرفهم ، أو ترتيب أشيائهم) أو أنهم لا يتوقفون عن القيام بأشياء يطلب منهم أهلهم الامتناع عنها (إيذاء إخوتهم الصغار مثلاً). إنهم لا ينصاعون للقواعد التي يضعها لهم آباؤهم (مثل وضع أقدامهم على الصوفا مع أن والدهم طلب منهم سابقاً عدم فعل ذلك).

مثل هذه المشكلات المتعلقة بالطاعة والانصياع كثيراً ما تتواجد عند الأطفال الذين يحالون لمركز العلاج النفسي والرعاية النفسية. في الواقع هناك العديد من الدراسات التي أجريت على هؤلاء الأطفال في العيادات تبين وجود مثل هذه المشكلات بكثرة عندهم (McMahon 1981, Forehand). إن سلوك عدم الطاعة أو العناد يتواجد كثيراً عند مثل هؤلاء الأطفال ، وأحياناً جنباً إلى جنب مع السلوك العدواني وأشكال السلوك اللااجتماعي الأخرى (كما

سنرى لاحقاً). غالباً ما يتواجد هذا السلوك (العناد) عند الأطفال خارج نطاق العيادة، في حياتهم اليومية، ويعتبر من المظاهر الهامة التي تبدو عند الأطفال في نهاية الطفولة وبداية المراهقة كدليل على الاستقلال، مثل هذا يعتبر مظهراً نمائياً سوياً في ارتقاء الطفل وتكوين شخصيته. إن عدم الطاعة أو العناد من المشكلات الشائعة عند الأطفال الأسوياء كما بين Crowther الذي حصل على اختبارات تقديرات الأهل عن ذلك عند ٧٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين سنتين وحتى ٧ سنوات. والجدول التالي يوضح مدى انتشار هذا السلوك عند الذكور والإناث في ٤ مستويات:

الجنس	سن الثانية	سن الثالثة	سن الرابعة	سن الخامسة
ذكور	٢,٥٧٪	٥,٤١٪	٢,٢٦٪	٣,١٧٪
إناث	٦,٥٤٪	٩,٣١٪	١,١٧٪	٧,١٤٪

وهكذا يظهر أن النسبة العالية من الأطفال ذوي الأعمار (الثانية والثالثة) يظهرون درجات متوسطة وعالية من العناد وعدم الطاعة، مع أن هذا السلوك يميل إلى الانحدار مع التقدم في السن. وبالرغم من أن العوامل التي تعمل في تشكيل هذا السلوك لم تتضح بعد، إلا أن هناك عدة عوامل ومتغيرات، على الأقل تسهم في ذلك، وهي بمثابة سوابق Antecedents أو العوامل السابقة للعناد، ولواحقه Consequences أي الآثار الناتجة عنه. ومن العوامل السابقة: الطريقة التي يستجيب فيها الطفل للطاعة، ومن الآثار اللاحقة ما يحدث «أو ما لا يحدث» للطفل بعد أن يكون قد انصاع وأطاع والديه.

إن الدراسات التي بحثت العلاقة ونوع مطالب الآباء والمستويات الدنيا من الطاعة والانصياع، كدراسة (Forehand and McMahen 1981) بينت أن هناك خمسة أشكال من الأوامر أو نوع الهيمنة، هي التي تقود إلى طاعة وانصياع فقيرين هي:

أوامر التقييد والتكبيل Chain Commands، والأوامر الغامضة أو المبهمة Vague Commands، وأوامر الطلب والسؤال Question

Commands ، وأوامر «دع» Let's ، وأوامر متبوعة بشرح للأسباب والمبادىء.

مقابل هذه الأوامر غير الفعالة والتي تؤدي للعناد ، هناك أوامر فعالة لها تأثيرها في السلوك بحيث لا تحدث العناد ، وهي:

الأوامر التي تكون خاصة محددة ومباشرة ، والأوامر التي تعرض لمرة واحدة في وقت معين ، والأوامر التي تتبع بفترة انتظار لخمسة ثوان أو أكثر.

إضافة إلى العلاقة بين الأمر المقدم للطفل والطاعة ، فإن معدل الطاعة يرتبط بعدد المطالب والأسئلة الموجهة للطفل فكلما كانت المطالب والأوامر كثيرة قلت درجة الطاعة وزادت بالتالي نسبة العناد والتحدي (Forehand and McMahon 1981). مثل هذه النتائج تفترض أن الوالدين سيسلكون بصورة جيدة لتجنب الأوامر الغامضة وغير المميزة إلى تلك التي تتميز بالوضوح.

يرتبط العناد أيضاً بالنتائج والآثار التي تتبع الفشل في الانصياع وتلبية الأوامر. فالعناد وعدم الطاعة يتزايد ويستمر في حدوثه نتيجة للتعزيزات التي يتلقاها من المحيط. مثل هذه التعزيزات تأخذ أشكالاً متنوعة. مثلاً انتباه الأهل للطفل عند عدم طاعته واستجابته لأوامرهم يمثل تعزيزاً لسلوكه العناد هذا مما يعمل على زيادته لاحقاً.

إن علاج حالات العناد يجب أن يأخذ بالاعتبار سوابق السلوك ولواحقه وذلك لبلوغ النتائج الفعالة في المعالجة. ومن طرق العلاج الضرورية مبادىء التعلم الاجتماعي واستعمال الأوامر المناسبة ، والتعزيز الاجتماعي ، والإبعاد المؤقت وكذلك التدرب على الضبط الذاتي. وبالرغم من عدم وجود دراسات تبين مدى فعالية هذه الأساليب في التعامل مع مستوى العناد عند الأطفال الأسوياء ، إلا أنها هامة وفعالة في حالات الأطفال الذين تكون عندهم هذه المشكلات مبالغاً فيها ومضخمة. إن المظاهر الرئيسة والهامة في مثل هذا البرنامج أو الأساليب العلاجية هي (التشديد على اتباع الأوامر المناسبة ، وكذلك على تعزيز الطاعة والاستجابة للأوامر حين حدوثها).

مص الإصبع:

وهذه من المشكلات السلوكية الشائعة عند الأطفال. لقد وجد (Brazelton) أن ٩٠٪ من عينة من أطفال في مرحلة الطفولة الأولى والمتوسطة الأسوياء يعانون هذه المشكلة. وبالرغم من أن مص الإصبع يبدأ عادة قبل سن الثانية إلا أنه يستمر خلال مرحلة ما قبل المدرسة. وفي الواقع أن الدراسة المبكرة التي أجراها لابوس ومونك (Lapouse and Monk 1964). بينت أن ١٠٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة يظهرون هذا السلوك، وأن ٢٪ منهم ينتشر عندهم بكثرة، وعندما يستمر هذا السلوك حتى هذه السن المتقدمة، فإنه يمثل مشكلة تثير اهتمام الأهل والمحيطين بالفرد.

إن عدداً قليلاً من علماء النفس العيادي يصفون مص الإصبع باعتباره مشكلة نفسية Psychological Problem. ففي مثل هذه الحالات ينظر إلى هذا السلوك المشكل باعتباره رمزاً ودليلاً لصراعات نفسية عند الفرد وفقاً لنظرية التحليل النفسي. ولكن هناك دلائل قليلة جداً تبين أن الأطفال الذين يمصون أصابعهم يعانون من اضطرابات انفعالية. وباعتبار مص الإصبع مشكلة شائعة في مرحلة المهد، فإنها تميل للانخفاض والانحدار مع التقدم في السن، ويبدو أنها غير مرتبطة بوجود مشكلات نفسية أخرى. من جهة أخرى يبدو أن سلوك مص الإصبع ذو فائدة قليلة جداً، باستثناء استدعائه للأوامر غير المرغوبة من الآخرين في حالة الأطفال الأكبر سناً. ومع أن هذه النظرة قد تكون صحيحة في الكثير من الحالات، إلا أنها مصدر هام وذو دلالة لمشكلات وصعوبات متعددة وخاصة في الفكين. إن هذه المشكلة تزيد في سن الخامسة من العمر وتتطلب علاجاً طبياً ومختصين في الفكين. وفوق ذلك فإن الأطفال الصغار الذين هم دون الخامسة من العمر، لا تمثل عندهم مشكلة خطيرة.

لقد لاحظ دافيدسون أن هناك العديد من الأساليب الأسرية التي يستخدمها الأهل في معالجة هذه المشكلة، ومن أكثر هذه الأساليب شيوعاً: وضع مادة ذات طعم منفر أو مكره على الإصبع. وقد استخدم الأسلوب الإجرائي من قبل

العالم بير Bear الذي بين أن مص الإصبع يمكن خفضه عند أولاد الخامسة من العمر عن طريق السماح للطفل بمشاهدة رسوم تمهيدية وكاريكاتورية مبدئياً، ثم، وفي مرحلة تالية يكون عرضها مرهوناً بإيقاف مص الأصابع. وهناك طريقة أخرى مشابهة (ولكنها أضافت استعمال التعزيز عند عدم مص الإصبع) قد استخدمت بنجاح من قبل علماء النفس Clows and Hollins and King 1982). . كما بين هؤلاء العلماء أن إيقاف مص الأصابع عند ولد عمره عشر سنوات تنجح باستعمال طريقة مراقبة الذات Monitoring التي تتطلب من الطفل أن يحدد ويقرر حدوث هذا السلوك عنده ودرجته أيضاً، وهذا ما يسمى تحليل السلوك.

الكوابيس والأحلام المزعجة:

المشكلة الأخيرة التي سنبحثها، هي الكوابيس الليلية. وهي أيضاً من المشكلات الشائعة عند الأطفال الأسوياء. وقد تبين أن ٢٨٪ من الأطفال الأسوياء الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة، يعانون من هذه المشكلة بدرجات متفاوتة، وهي أكثر انتشاراً في الأعمار من ٣ حتى ٦ سنوات، ولكنها تتناقص مع التقدم في العمر أيضاً. كما أنها موجودة بين الذكور والإناث بدرجة واحدة تقريباً.

تحدث الكوابيس خلال مرحلة حركات العين السريعة (Rapid Eye Movement REM) من النوم حيث تحدث الأحلام. وقد يستيقظ الطفل وهو يصرخ نتيجة للحلم المزعج الذي يخبره. وغالباً ما يتضمن هذا النوع من الحلم هجوماً، ورؤية حبيب يتعرض لأذى، أو خطر وتهديد شديد (Hartman 1980) وعندما يستيقظ الطفل فإنه يستعيد توازنه وتمييز المحيطين حوله، كما أنه قادر على تقديم عرض واضح للحلم. وبالرغم من أن الأهل يريدون من الطفل البقاء في الفراش لبرهة أو الذهاب إليهم، إلا أن هذه المخاوف يتم تخفيفها عن طريق طمأنة الأهل.

إن الكوابيس الأكثر انتشاراً يمكن تمييزها عن حالات الرعب الليلية والمؤذية القليلة الشيوع. فمع هذه الأخيرة، كثيراً ما يظهر سوء التوجه

المكاني ، والإيقاف المفاجىء في الفراش ، والتحرك في الغرفة ، كما أن الطفل يفتح عينيه كما لو كان يحدق في شيء ما ، ويبدو عليه اضطراب في تعبيرات الوجه والتنفس ، وصعوبة الشهيق وغيرها من أعراض التوتر. وقد يحاول الطفل جاهداً الخروج من المأزق بفحص الغرفة أو أن هناك شيئاً ما يتبعه ، فقد يطلب من الأهل المساعدة ، وقد لا يعلمهم بذلك. وفي حالات أخرى ربما يقول الطفل أشياء غير متجانسة ولا مترابطة. . وقد تستمر هذه الأحداث من ١٥ حتى ٢٠ دقيقة، يتبعها نوم هادىء وعدم تذكر كامل لمحتوياتها.

إن الرعب الليلي يكثر في مرحلة الطفولة الأولى ويقل عند البلوغ. ويختلف الرعب الليلي عن الكوابيس من حيث إنه يحدث في أوقات مختلفة من الليل ، وعادة ما يحدث في الساعتين الأوليتين من النوم (وليس في مرحلة حركات العين السريعة كما في الكوابيس) ، كما أن الطفل قد لا يستيقظ خلال أو بعد هذا الحدث المزعج.

إن أسباب الكوابيس غير معروفة تماماً ، ولكن الضغوط النفسية والإثارة الزائدة عوامل قد افترضها عدد من العلماء. كما افترض أنها أكثر حدوثاً عند الأطفال الحساسين بدرجة مفرطة، وعند الذين تجرح مشاعرهم لأبسط الأسباب. أما النظريات التحليلية النفسية فتعتبرها نتيجة للقلق المرتبط بالنزعات المكبوتة والتي تظهر أثناء النوم بعد فشل وسائل دفاع الأنا في مواجهتها. وبالرغم من الدور الذي تلعبه الضغوط النفسية فيها ، فقد افترض بعض العلماء أنها نتيجة لعدم نضج الجهاز العصبي. إن الكوابيس التي تحدث أحياناً لا تعتبر مرضية في طبيعتها. وكما لاحظنا سابقاً ، فإنها تحدث عند الأطفال الأسوياء. ويمكن مساعدة الأطفال عن طريق طمأنتهم عند حدوثها. عموماً نقول: إن الكوابيس والرعب الليلي لا يحتاج للعلاج ، خاصة وأنها في العادة لا تسبب مشكلات خطيرة. ولكن عندما تصبح هذه المشكلة حادة وشديدة Severe أو مزمنة: Chronic في طبيعتها ، فإن علاجها يكون ضرورياً.

* * *

الفصل الرابع
الاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام

إن النسبة الكبرى من اضطرابات السلوك تحدث في مرحلتي الطفولة والمراهقة. والاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام، والتي سنبحثها في هذا الفصل، من أكثر الاضطرابات النفسية الخطيرة حدوثاً وانتشاراً في مرحلة الطفولة. إن ما يميزها هو خلل أساسي في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين، واضطراب التفكير والإدراك والوجدان أو العاطفة. في مرحلة ماضية كانت تعزى هذه الاضطرابات إلى الفصام الطفولي. وفي الواقع هناك فروق عديدة بين هذه الاضطرابات النمائية الرئيسية، باستثناء واحدة منها مشابهة لفصام الرشد يمكن تحديدها خلال الممارسة التشخيصية العيادية. وهناك ثلاثة أنواع من هذه الاضطرابات تتميز كل واحدة منها بصفات مختلفة عن الأخرى، سنركز عليها في هذا الفصل وهي:

النوع الأول: الانغلاق على الذات (أو كما يسمى التوحد والانطوائية الزائدة) في مرحلة الطفولة Early Infantile Autism وتبدأ بالظهور خلال الأشهر الثلاثين الأولى للحياة.

النوع الثاني: اضطرابات نمائية منتشرة تبدأ بالظهور في مرحلة الطفولة (تشبه الانغلاق حول الذات، ووضعها الدليل التشخيص الثالث المعدل كفئة مستقلة تحت اسم اضطرابات نمائية منتشرة ومنحرفة) وتحدث بعد فترة من النمو السوي، عادة بين سني الثالثة والثانية عشرة.

النوع الثالث: وهو الفصام الذي ينمو عادة في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة ، ولكنه يبدأ في سن السابعة.

سنبحث في هذه الفصل تشخيص هذه الاضطرابات وتقديرها السلوكي ، وأسبابها وعلاجها ، كما سنركز عل نتائج البحوث التجريبية والعيادية في تفسيرها.

الانغلاق على الذات في الطفولة المبكرة:

نظرة تاريخية:

إن أول إشارة لمصطلح الانغلاق على الذات أو التوحد ، كان عام ١٩٤٣ حين نشر ليوكانر Leokanner مقالاً بعنوان «اضطرابات التواصل الوجداني الانغلاقية» وقد وصف بتفصيل الصفات والخلفيات الأسرية لاثني عشرة طفلاً أظهروا زملة (تناذر) أعراض فريدة تميز الانغلاق الذاتي الطفولي. ومع أن الشروط والصفات مشابهة للانغلاق على الذات (ولم يستخدم مصطلح طفولي Ifantile) فقد وصف في مرحلة مبكرة عام ١٩٠٨ . كما وصف كارنر الاهتمام المتزايد من قبل العلماء والمعالجين النفسيين في تفهم هذا الاضطراب وعلاجه. هذا الاهتمام يستمر حتى اليوم. وبين عامي ١٩٧٠ و١٩٨٠ ظهرت حوالي (١١٠٠) دراسة ومقال تبحث جميعها في الانغلاق على الذات ، ونشرت في المجلات العلمية (Jackson and King 1981) وفي كل سنة ينشر كتابان أو أكثر حول هذا الموضوع الهام. ومن الواضح أننا غير قادرين على النظر في كل هذه الأعمال ، ولكننا سنركز على بعض النتائج الهامة والحديثة.

بسبب أن العلاج يرتكز أساساً على المعرفة الدقيقة لطبيعية الاضطرابات التي يعانيها الطفل ، فإن التصنيف الدقيق يلعب دوراً هاماً في علم أمراض الأطفال النفسية. إن دقة التشخيص ليست أقل أهمية للباحث والمعالج. إذا فشل الباحث في اتباع طرق الانتقاء الدقيقة ، فإن النتائج ربما تنعتم عن طريق الاضطرابات المختلفة الموجودة في المجتمع الأصلي للأطفال.

لسوء الحظ فإن تشخيص اضطراب الانغلاق على الذات ، لم يتم تطبيقه دوماً بدقة وعناية. في الماضي كان ينظر إلى الاضطراب على أنه مشابه لكل اضطرابات الأطفال النمائية الأخرى ، وخاصة الفصام ، وعولج باعتباره وحدة تشخيصية منفصلة. وبسبب الأهمية التشخيصية للاضطراب سنبحث في تشخيصه أولاً. والمثال التالي يوضح حالة طفل منغلق على ذاته ، والمظاهر السلوكية التي تبدو فيه ، تمثل أشكال السلوك المميزة التي تصف هذا الاضطراب.

مثال لحالة طفل منغلق حول ذاته :

«كان روبرت وزوجته سوزان في سن السادسة والعشرين عندما أنجبا طفلهما الأول مارك ، وقد كان روبرت رجلاً مرموقاً رفيع المستوى في عمله كمحامٍ ، ومقتنعاً بمهنته. لقد كان روبرت وزوجته سوزان طالبين محترمين في الجامعة. فقد كانت سوزان ذكية وأنيقة. ولم يعرف أياً منهما وجود اضطراب عقلي عند أي فرد من أفراد أسرتهما. ولكن أخو سوزان كان يعاني من اضطراب في اللغة عندما كان طفلاً. وكلاهما ينحدران من أسر سوية ويتمتعان بصحة وشخصية سوية.

لم يكن في فترة حمل سوزان شيء غير عادي أو يستدعي الملاحظة ، فلم تكن هناك أية شكوى أو صعوبات حين الولادة. وفي الأشهر الست الأولى بدأ الطفل سوياً تماماً. وفي نهاية الشهر السادس فقد استشارت سوزان طبيب الأطفال لأنها متوترة ومتضايقة من نوبات الصراخ والبكاء المستمرة والطويلة عند مارك. هذه النوبات من البكاء كانت تختفي بصورة تدريجية خلال السنة الأولى من حياته. وبالرغم من أن سوزان لم تشتكي من أي شيء عند الطفل حتى بلغ الثانية من عمره ، فقد كانت تتذكر بعض الأشياء من الماضي. حيث تذكرت أنه على الرغم من أن طفلها مارك كان يبتسم ويتمتع عندما تدغدغه ، إلا أنه لم يُبْدِ أي اهتمام أو سرور عندما كانت تأخذه إلى حضنها أو تقترب منه. وكان اهتمامه قليلاً جداً بالألعاب ، لقد كان عنده ضعف اهتمام بأي شيء. والكثير من الأشياء لم تكن تثير اهتمامه ، ونادراً ما كان يشير إلى الأشياء ،

فكان غافلاً أو غير واع للكثير من الأصوات. وقد اهتم والده ووالدته بقضية سمعه. وصرف مارك وقتاً طويلاً يقرع على الطاولة. من الممكن لأشكال السلوك هذه أن تكون قد جذبت اهتمام روبرت وسوزان. لقد كان مارك طفلهما الوحيد ، فلم يكن لهما طفل آخر حتى يقارنوا معه ، بل منذ كانت صحته سوية ، كان مظهره جذاباً ، أما مظاهر النمو المختلفة كالزحف والجلوس والوقوف ، فكان متأخراً قليلاً فيها عن المعدل الطبيعي ، بحيث لم يستطيعوا التوقع بأنه غير طبيعي. وبعد عيد ميلاده الثاني بدأ سلوك مارك في إزعاج والديه وإرباكهم بدرجة كافية بحيث دفعهم لطلب المساعدة. كان بإمكانه أن يقول بضعة كلمات ولكنه لم يستطع فهم الكلام ، فلا يستجيب عندما ينادى باسمه ، وعندما يمسك أشياء معينة يريد تفحصها فإنه يقربها كثيراً من عينيه ويقلبها كثيراً أيضاً ويصفق بيديه ، ويضرب بها ويحرك أصابعه ويبدو على وجهه الصلابة أو الجمود Rigidty وعدم المرونة في تعبيرات الوجه. وكان يلح على أن تبقى الأشياء في موضعها ، ويبدو عليه الضيق عندما تحرك والدته أثاث المنزل ، فكان يرغب في الروتين ويكون رد فعله عنيفاً لأي نشاط أو حركة. وقد استمرت هذه المظاهر السلوكية في السنة الثالثة أيضاً. وفي بداية الخامسة ، بدأ بالتحسن قليلاً. وبالرغم من أن كلامه كان ترديداً لكلمات سابقة قد سمعها ، ولكنه بدأ في تعلم التواصل بهذه الطريقة ، وعندما كان يعيد العبارات السابقة [هل تريد عشاء] فيبدو عليه أن الاسم أو الجملة غير مناسبة ، والعبارة قد تكون سؤالاً كان قد سأله في مرات سابقة ، ولكن معناه صحيح. كان بإمكانه تذكر أجزاء وجمل لفظية طويلة ويعيدها بشكل مفصل. وكان يرغب في الغناء وحده. إن ذاكرته غير العادية ساعدته في إعادة جمل كثيرة. وقد استمرت لغة مارك في النمو لسنتين تاليتين ، والطلاقة اللفظية بدأت بالظهور ، حيث أصبح في سن السابعة قادراً على التواصل اللفظي ولكن بجهد وصعوبة بالغة. أما نموه الاجتماعي فقد بدا عليه التحسن ، وحتى تشديده على الرتابة والكمال في محيطه فقد تضاءل. وقد دخل مارك مدرسة تضم صفوفاً تقدم تربية خاصة ، وقد مارس الكثير من الأنشطة وخاصة الموسيقا ، ولكنه لم يلعب بشكل مباشر

مع أطفال من أمثاله ، وصحته كانت جيدة وبقي ذا مظهر جذاب ، وهناك دلائل مستمرة على تحسنه» .

وصف الاضطراب وتشخيصه :

لقد اتبع مارك برنامجاً علاجياً وتربوياً مطولاً ، ولكن لسوء الحظ فإن مآل الاضطراب ليس جيداً. إن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية DSM III R يضع معياراً تشخيصياً لاضطراب الانغلاق على الذات عند الأطفال ، كما يلي :

١ ـ البداية قبل الأشهر الثلاثين الأولى للحياة (خلال الأشهر الأولى بعد الولادة) .

٢ ـ عدم استجابة مستمرة للآخرين (انغلاق حول الذات) .

٣ ـ ضعف في اللغة والنمو اللغوي .

٤ ـ إذا وجدت اللغة والكلام فيكون من النوع الآلي والترديد المرضي أو المحاكاة .

٥ ـ استجابة شاذة وغريبة لمظاهر البيئة المختلفة ، كمقاومة التغيير والاهتمام الخاص بموضوعات وأشياء حيوية أو غير حيوية .

٦ ـ غياب الأوهام والهذيانات ، وفقدان الاندماج والتفاعل كما في الفصام .

وكما لاحظنا فإن هذه المعايير جميعها تنطبق على مارك ، إضافة إلى ذلك فقد أظهر أشكالاً أخرى من السلوك (كالذاكرة الجيدة مثلاً) ولكنها لم تدخل في المعيار التشخيصي. وسننظر الآن بتوسع أكثر في معيار الدليل التشخيصي وبعض الأشكال الأخرى من سلوكيات مارك .

A ـ البداية قبل الشهر الثلاثين من الحياة Onset before 30 months age:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية DSM III R الانغلاق على الذات بأنه زملة أو تناذر أعراض تبدأ خلال الأشهر الثلاثين الأولى من الحياة. وهذا التعريف يستند إلى العديد من الملاحظات

السريرية والبحوث التجريبية. فقد وجد كلوفين مثلاً في دراسته التي أجراها في إنكلترا، أن بداية أو استهلال حدوث الاضطرابات النمائية المنتشرة في مرحلة الطفولة تكون قبل السنة الثالثة من الحياة (ويدخل فيها كلوفين الذهانات كالفصام والانغلاق على الذات وغيرها من الاضطرابات النمائية، بالرغم من أن مصطلح الذهان الذي استعمله كلوفين يفترض وجود عدد من الاضطرابات الحادة، إلا أنه لا يوجد ترابط بين الانغلاق حول الذات وأي من الذهانات الخاصة بمرحلة الرشد). إن حدوث هذا الاضطراب يميل للانحدار ولا يكثر إلا في المراهقة الأولى. وهناك معطيات شبيهة بهذه توصل إليها (ماكيتا) الذي يعمل في اليابان والذي أجرى بحوثه أيضاً في أستراليا، فقد بين أن حدوث العلاقة بين الاضطرابات النمائية المنتشرة (ومنها الفصام) والعمر، هي على الشكل التالي:

(٣٢) حالة من هذه الاضطرابات قد حدثت في السنة الأولى من العمر.

(٢٤) حالة منه قد حدثت في السنتين الأوليتين.

(١١) حالة قد حدثت في السنة الثالثة من العمر.

تقل كثيراً حتى تصل إلى حالة واحدة في الخامسة من العمر.

تزداد لتصبح ١٦ حالة في سن الرابعة عشرة.

ليس هناك فقط أعمار متفاوتة تنمو فيها الاضطرابات الخطيرة، ولكن وجد أن مجموعتين من الأطفال يختلفون من وجهات أخرى أيضاً. مثلاً استعمل بريور (Prior 1979) قائمة الفحص السلوكي، ووجد أن هناك ٢٩ فرقاً ذا دلالة إحصائية بين الأطفال الذين يبدأ عندهم الاضطراب مبكراً ومتأخراً (بما فيها الأعراض وسير الاضطراب، وتاريخ الأسرة). سنقول الكثير عن هذه الفروق في هذا الفصل. ولكن النقطة الهامة التي يجب التركيز عليها هنا، هي أن الأطفال الذين يبدأ عندهم الاضطراب مبكراً هم الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية السابقة الذكر كلها، والتي وضعها الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM III R). قد يكون من الصعب

أحياناً ، تحديد السن التي تبدأ فيها أعراض الاضطراب ومشكلاته عند الطفل ، وخاصة أن بعض الأهل يصعب عليهم أن يستعيدوا بدقة البداية التي حدثت فيها المشكلات السلوكية. إن فائدة المعيار التشخيصي لا يمكن تجاهلها ، والأطفال الذين تبدأ عندهم الأعراض والمشكلات السلوكية بالظهور بعد سن الثانية والنصف ، من الممكن أن لا تشخص على أنها انغلاق حول الذات.

B ـ ضعف في الاستجابة للآخرين والتواصل معهم:

لقد كان سلوك مارك تجاه الآخرين يمثل سلوك الطفل المنغلق ، والذي يختلف عن الأطفال الأسوياء. ففي منتصف السنة الأولى من الحياة ، فإن أكثر الأطفال يبدؤون بإظهار التعاطف والمودة نحو الآخرين في محيطهم ، هذه المودة أو التعاطف يلاحظ في سلوكهم بحيث إن الطفل يظهر الضيق والانزعاج عندما يغيب الشخص الذي يتودد إليه (كالأم) ثم تعود الطمأنينة إليه حين يعود الغائب. وهناك دلائل أخرى على التعاطف: كالعناق ، والاحتضان ، والبقاء بجانب الشخص المتودد إليه. . وكلها علامات على التودد والتعاطف.

لقد كتب الكثير من علماء النفس والاجتماع والأطباء عن موضوع نشوء التعاطف الوجداني والتودد عند الأطفال وخاصة عن العلاقة مع الأم. من هذه الدراسات المتميزة بحوث سلوكن وهربرت (Slacken and Herbert 1983). وبالرغم من وجود تناقض وجدال حول السن الذي يبدأ فيها التعاطف بالتشكل وكيف ، إلا أن الجدل أقل حول أن الأطفال المنغلقين حول ذواتهم ، لا ينمو عندهم هذا السلوك التعاطفي. لماذا لا يبدي مارك أي سلوك مبادأة عندما يقدم إليه والداه لحمله؟ إن الطفل المنغلق على ذاته لا يعدل من وضعيته وحركاته استجابة لأمه التي تحاول التقاطه وحمله. إن الأطفال المنغلقين على ذواتهم لا يظهرون ميلاً للعناق والاحتضان. وقد شدد كانر Kanner على أن هؤلاء الأطفال يبقون وحيدين مع أنفسهم ، ويحبون العزلة والانفراد. وفي الواقع فإن الأصل اللاتيني لمصطلح Autism يعني Self أي الذات. فهؤلاء الأطفال يتميزون بحب العزلة وضعف ميلهم للعلاقات مع الآخرين ، كما يبعدون أنظارهم عن الآخرين حين يكونون معهم ، كما يفشلون في الاستجابة

لأسمائهم حين يندهون بأسمائهم. كما تبين أنهم يتصفون بضعف الحساسية للألم ، وهذه كلها تعزز الانطباع بأن هؤلاء الأطفال منعزلون متحفظون ، ولا مبالين ، وغير مكترثين. وكما سنرى فإن فشل هؤلاء الأطفال في تطوير التعاطف والمودة والاهتمام بالآخرين ، يشير إلى أن الأهل قد فشلوا في تنمية سلوكهم التعاطفي والاجتماعي والتفاعلي. ولكن الدراسات المتاحة تناقض هذا القول. فقد حلل كوبيش Kubich شكلاً من أشكال التفاعل بين الأم وطفلها الذي عمره ١٦ أسبوعاً ، وقبل سنتين من تشخيصه على أنه يعاني من الانغلاق على الذات. ومن أجل المقارنة فقد حلل شكلاً مشابهاً للتفاعل بين نفس الأم مع أخواتها التوائم الصغار. إن هذا التحليل قد بين أن الولد الذي شخص لاحقاً على أنه يعاني من الانغلاق على الذات قد اختلف من وجهات عديدة عن التوائم الأخوة. فمثلاً لقد أظهر تعبيرات وجهيه أقل ، وتجنب سلوك الأخذ والعطاء ، كما فشل في تقديم أية تغذية راجعة إيجابية لوالديه (فلم يستجب للوضعيات والحركات واللعب).

C ـ ضعف في النمو اللغوي (أنواع محددة من الكلمات ، ترديد مرضي للعبارات والكلمات ، قلب الضمائر ، واللغة المجازية):

تترابط دوماً اضطرابات اللغة مع الانغلاق الطفولي نحو الذات ، وحوالي ٥ من الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، وخاصة الذين يعانون من إعاقة عقلية حادة لا يمكنهم إطلاقاً اكتساب اللغة أو الكلام المفيد. وحتى أولئك الذين يمكنهم أن يطوروا بعضاً من الطلاقة اللغوية الخاصة والمحددة ، فإنهم يختلفون عن الأطفال الآخرين الذين يعانون من أمراض في اللغة والنطق. وفي الواقع فإن لغة الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، تنحرف لغتهم وتشذ منذ البداية فتأخذ نموذجاً خاصاً منذ الطفولة الأولى.

غالباً ما يكون الكلام الأول الذي يطلقه الأطفال المنغلقون على ذواتهم ، ترديداً غير ذي معنى لكلمات قالها الآخرون في المحيط. إن الترديد المرضي للكلمات Encholalia ربما يكون آنياً أو متأخراً ، ويتضمن إبطالاً وقلباً للضمائر (مثل استخدام أنت محل أنا). ويحدث الترديد المرضي للكلمات عند

الأطفال المتخلفين عقلياً غير المنغلقين على ذواتهم ، وعندما يفعلون ذلك فإن كلامهم فيه الكثير من الأخطاء اللغوية والنحوية من حيث الزمن والظرف والاسم والصفات. إن استعمالهم للكلمات يكون غير عادي ، وغالباً ما يضم مجازات واستعارات ، كما أنهم لا يستعملون بعض الصفات الهامة في الحديث مثل النبرة ، وطبقة الصوت ، بصورة جيدة.

من جهة ثانية فقد تبين أن الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، يعانون من عجز خاص في الترميز اللغوي ، وأن ذاكرتهم الدقيقة خاصة في الترديد المرضي للعبارات فقط ، ولكنهم غير قادرين على التعرف على معناها. وهذا ما يعتبر اضطراباً في النمو. فهؤلاء الأطفال ليسوا فقط عاجزين لغوياً وعندهم قصور لغوي ولكن لغتهم الخاصة تدل على انحراف واضح وحقيقي عن النمو الطبيعي السوي. فهم غير قادرين على تعلم الإيحاءات والحركات أو التواصل وفقاً للغة.

وبالرغم من أن الدليل التشخيصي الثالث المعدل ، يشدد على الضعف اللغوي عند المنغلقين ، فإن البحوث النفسية تشير إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف واضح في العمليات المعرفية والعقلية. لقد أظهرت هذه الدراسات أنهم عاجزون عن التميز بين مثيرين بصريين (الاستجابة لواحد دون الآخر مثلاً) عندما تكون هذه المثيرات متفاوتة من حيث الإضاءة (يمكنهم الاختيار بين الضوء الساطع والأقل سطوعاً) أو من حيث الحجم (بين المثير الكبير والمثير الصغير). كما أنهم يعانون من صعوبة خاصة في استعمال الإيحاءات المختلفة ، وغير قادرين على إعطاء المعنى للخبرة الحسية ، أو على استعمالها في معالجة المعلومات والعمليات المعرفية.

D ـ استجابات شاذة وغريبة لمظاهر البيئة المختلفة:

لقد بين كانر Kanner أن التأكيد المستمر على الاحتفاظ بالرتابة والتماثل من أهم دلائل الانغلاق على الذات. إن الأطفال المنغلقين على ذواتهم يحاولون الاحتفاظ بالأشياء في أمكنة خاصة ، وكذلك الاحتفاظ بالروتين والرتابة ، كما أن أي مثير جديد أو تغير في الروتين والنظام ، يؤدي إلى ردود

فعل كارثية catastrophic reaction. ففي حالته ، لقد أظهر ردود الفعل هذه عندما كانت والدته تعيد ترتيب أثاث المنزل. إن الانشغال المسبق بالموضوعات والأشياء الميكانيكية، من الأعراض الشائعة عند مثل هؤلاء الأطفال ، فبعضهم يهتم كثيراً بجمع الأشياء، وينزعج كثيراً حين يفتقدها. وهذه الأشياء، يستعملها عادة، بشكل نمطي صارم. إن حركات الجسم النمطية مثل الاهتزاز والتمايل ، والدوران والتلويح باليدين ، من المظاهر السلوكية للطفل المنغلق على ذاته.

E ـ غياب الهذيانات والهلوسات والتناسق والترابط :

إن هذا المعيار يميز الانغلاق نحو الذات عن الاضطرابات العقلية الأخرى كالفصام مثلاً. فالأطفال المنغلقون على ذواتهم ، لا يظهرون هلوسات ولا هذيانات ، ولا حتى أحلام يقظة سوية. في الواقع ، إن أحلام يقظتهم فقيرة جداً وضحلة ، بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال. وسنعود للتمييز بين هذا الاضطراب والفصام في بحث الفصام لاحقاً.

F ـ خصائص أخرى يتميز بها الأطفال المنغلقون على ذواتهم :

هناك عدد من الصفات السلوكية التي تميز الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، رغم أنها لم تذكر في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل. فقد بين وينغ Wing أن هؤلاء الأطفال يتميزون بالتعبيرات الوجهية الحزينة. وبالرغم من أن عندهم ضعفاً في العمليات المعرفية العقلية ، إلا أن بعضهم يظهر تفوقاً في قدرات خاصة كالموسيقا مثلاً ، أو الفن أو الرياضيات ، مما ينطوي تحت ما يسمى «العالم الأبله Idiot Savant». وبالرغم من أن أكثر العلماء البلهاء إذا لم يكن جميعهم ، يعتبرون منغلقين على ذواتهم ، فإن هذه العلاقة ليست قابلة للعكس. إن أكثر هؤلاء الأطفال لا يظهرون أية قدرات عقلية خاصة (Laster 1978).

نظرة إحصائية :

استناداً إلى الملاحظة المباشرة للإنجاز الدراسي والتحصيلي ، فقد بين كانر أن والدي الأطفال المنغلقين ، يتميزون بذكاء ملحوظ. ولهذه الملاحظة

أهميتها ، لأن الاضطرابات النفسية الخطيرة (كالفصام مثلاً) تبدو شائعة ومنتشرة أكثر عند ذوي المستويات التعليمية المنخفضة والطبقات الاجتماعية الدنيا. وبالنظر للدراسات المتعددة ، فقد توصل (ريلاند) إلى أن ملاحظة (كانر) دقيقة وصحيحة. ومن الممكن أن يكون الذكاء العالي والتحصيل العلمي والثقافي الجيد لآباء الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، من العوامل الهامة التي تدفع بهؤلاء إلى طلب المساعدة النفسية أكثر منه عند آباء المستويات الدنيا. وقد بينت دراسات أخرى (Gillberg and Schaumann 1982, Tsai, Stewart, Faust and Shook 1982) أن الملاحظات السابقة ربما تكون متحيزة بطرق ثابتة ، وأنه حين تكون العوامل والمتغيرات المنتقاة ثابتة ، فإننا لا نجد علاقة بين الانغلاق على الذات والطبقة الاجتماعية (وتبقى هذه النتيجة خاصة بالمنغلقين وليس بالفصاميين ، لأن الآخرين أكثرهم من طبقات اجتماعية دنيا).

ومع أن الانغلاق على الذات لا يظهر مرتبطاً بالطبقة الاجتماعية والتعليم الأبوي ، إلا أنه يختلف من ثقافة إلى أخرى. مثلاً ، وجد لوتر Looter أن الأطفال المنغلقين على ذواتهم في العديد من البلدان الإفريقية ـ بالرغم من تشابههم بالأمريكان والأوروبيين ـ فإنهم أقل انشغالاً بأشكال السلوك النمطي الثابت.

باختلاف الفصام ، فإن الانغلاق على الذات لا ينتشر في الأسر نفسها. وقد شدد كانر على أن هذا الاضطراب نادر. ففي عام ١٩٥٨ قابل (٢٠٠ ألف) طفل في عيادته الخاصة ، لم يجد بينهم سوى (١٥٠) حالة طفل يعانون الانغلاق على الذات ، مع أن كل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كانوا يحالون إليه. إلا أن الدراسات الوبائية حول حدوث الاضطراب وانتشاره ، قد بينت ، أنه أقل حدوثاً مما قرره كانر في عمله العيادي. لقد فحص (وينغ) الدراسات التي أجريت حول انتشار الاضطراب في بلاد متعددة ، وانتهى للحكم بأن هذا الاضطراب يحدث بنسبة ٤ أو ٥ لكل ١٠ آلاف طفل تتراوح أعمارهم تحت سن الخامسة العاشرة. وبالرغم من أن هذا الرقم ذو قيمة واضحة في تبيان أن

الاضطراب نادر ، ولكن يجب الانتباه إلى أن الأشكال الدقيقة النوعية لحدوثه ، صعبة المنال ، لأن قوائم المسح الوبائية غالباً ما تعاني من عدم الدقة التشخيصية في هذا المجال. ويكثر حدوث هذا الاضطراب بين الذكور منه بين الإناث. وتتراوح هذه النسبة من ٢,٥ ذكور مقابل حالة واحدة أنثى ، إلى ٤,٩٥ ذكور مقابل حالة واحدة أنثى. ومن بين ١٠٠ طفل يعانون الانغلاق على الذات ، يوجد ٨٠ منهم ذكور و٢٠ أنثى. كما تبين أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين الأطفال من الولادة الأولى ، بالرغم من أن بعض الدراسات الأخرى لم تؤيد ذلك.

التشخيص التفريقي:

يظهر من العرض السابق أن تشخيص الانغلاق على الذات ليس مهمة سهلة ولكنه صعب للغاية. إن أصعب مهمة يواجهها عالم النفس والمعالج النفسي في التشخيص ، هي تفريقه عن غيره من الاضطرابات الأخرى الشائعة والمشابهة له وخاصة الاضطرابات التالية:

التخلف العقلي: فالعديد من الشروط والاضطرابات المتنوعة قد تنتج قصوراً عقلياً. ولذلك فإن الدليل التشخيصي والإحصائي بصيغته الثالثة المعدلة DSM III R يعتبر التخلف العقلي فئة تشخيصية مستقلة. وبالرغم من كون التخلف العقلي موجوداً عند الكثير من الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، إلا أن بالإمكان تمييزهم عن الأطفال المتخلفين عقلياً غير المنغلقين على ذواتهم ، من خلال انعزالهم وعدم اكتراثهم ، وحاجتهم للرتابة والتماثل ، وفشلهم في اللعب مع الآخرين ، والضعف اللغوي ، والعجز عن النطق وأحياناً قدراتهم الخاصة المتميزة. فهذه كلها ليست موجودة عند الأطفال المتخلفين عقلياً.

الصمم: قد يكون من الصعب أحياناً التمييز بين الانغلاق على الذات والصمم ، باتباع الملاحظة المباشرة وحدها ، وذلك بسبب أن الأطفال المنغلقين يظهرون عدم حساسية واستجابة للمثيرات السمعية. فالأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية نادراً ما يظهرون المجموعة الكاملة لأعراض الانغلاق على الذات. وتحدث بعض الصعوبات التشخيصية التفريقية عندما

يكون الطفل المنغلق على ذاته يعاني من الصمم. ففي مثل هذه الحالة ، ليس من السهل تحديد ما إذا كان الطفل منغلقاً ذاتياً أم أصم ، من مجرد عدم استجابته وحساسيته للمثيرات السمعية. فبعض التشابهات والفروق بين الأطفال المنغلقين والمتخلفين عقلياً والذين يعانون من إعاقة حسية تبدو ممثلة في الجدول التالي:

خلل وعجز في	تكلم انغلاقي	صمت انغلاقي	عمى وصمم جزئي	تخلف عقلي	مجموعة ضابطة وسوية
الاستجابة للصوت	٨٥٪	٨٦٪	٩٣٪	٢٠٪	٠
استعمال الكلام	١٠٠٪	١٠٠٪	٩٣٪	٦٧٪	٤٪
استعمال الأسماء	١٠٠٪	–	–	٤٠٪	٠
التوجه لليمين واليسار والقيام بالحركات	٧٥٪	–	–	–	٤٠٪
الإدراك البصري	٩٥٪	٨٥٪	١٠٠٪	٢٧٪	٠
فهم الحركات والإيحاءات	٥٥٪	٨٥٪	٦٠٪	٧٪	٠
خلل وعجز في السلوك					
تفضيل الإحساسات القريبة	١٠٠٪	٨٥٪	٨٧٪	٤٧٪	٢٨٪
حركات نمطية	٩٥٪	١٠٠٪	٩٣٪	٢٠٪	٤٪
انسحاب اجتماعي	٩٥٪	٨٥٪	٥٣٪	١٣٪	٠
تعاطف مع أشياء وروتين	١٠٠٪	١٠٠٪	٦٠٪	٧٪	٢٠٪
مخاوف غير منطقية	١٠٠٪	١٠٠٪	٨٠٪	٤٠٪	٢٠٪
الحاجة للعب	٩٥٪	١٠٠٪	٨٧٪	٢٧٪	٢٠٪
سلوكيات مربكة اجتماعياً	٩٠٪	٨٦٪	٧٣٪	٢٧٪	٢٨٪
فقدان المهارات غير اللفظية	٠	٤٣٪	٩٣٪	٧٣٪	١٢٪

الفصام: لقد ارتبك العلماء كثيراً في الماضي عند مواجهتهم لحالات الانغلاق على الذات، وسبب ذلك هو الغموض المتعلق بالكثير من الممارسات النفسية والطبنفسية أكثر من أي اضطرابين آخرين متشابهين في أعراضهما. في الواقع إن الأطفال المنغلقين ليسوا متشابهين مع الفصاميين كثيراً. فقد أشار ريلاند إلى أن سير الاضطرابين يختلف في العديد من المظاهر. فالانغلاق نحو الذات يحدث خلال الأشهر الثلاثين الأولى من العمر، في حين يبدأ حدوث الفصام في مرحلة الطفولة المتأخرة أو بداية المراهقة حيث يسبقه فترة من النمو السوي. من جهة ثانية فإن الأطفال المنغلقين يوصفون دوماً بأنهم أصحاء وبمظهر جيد، في حين يبدو الفصاميون مرضى، ومن الصعب تمييزهم جسدياً. إن الأطفال الفصاميون لا يظهرون اللامبالاة وعدم الاستجابة التعاطفية حين يقوم أهلهم بالتقاطهم وحملهم كنوع من المودة، كما أنهم لا يظهرون ميلاً للرتابة والتماثل، وهذا كله عكس المنغلقين من الأطفال. إضافة إلى ذلك، يرتبط الفصام بالمستويات والطبقات الاجتماعية الدنيا في حين يظهر الانغلاق على الذات مستقلاً عن الطبقة والمستوى الاجتماعي.

- **تناذرات (وأعراض) مشابهة للانغلاق نحو الذات**. لقد بينت الدراسة الوبائية التي قام بها وينغ، أن الانغلاق نحو الذات هو واحد من العديد من أشكال العجز والإعاقة المتشابهة في مرحلة الطفولة. في الواقع يقدم لنا الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في صيغته الثالثة المعدلة(DSM IIIR) الانغلاق نحو الذات في فئة واحدة مع العديد من الاضطرابات النمائية المنتشرة التي تشترك معه في العديد من الأعراض والصفات. لذلك يلعب التشخيص التفريقي دوراً هاماً ويجب أن يطبق بحذر استناداً إلى معطيات الدليل التشخيصي، وإلى حقائق علم النفس المرضي والسريري. وقد وضع العلماء العديد من الاختبارات والأساليب النفسية التي تستخدم في التشخيص التفريقي هذا، وسنعرض لها لاحقاً.

مشكلات أخرى تتعلق بالتشخيص التفريقي: قد تظهر بعض الدلائل على

وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي عند أكثر من نصف الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وعدد منهم تتطور حالتهم إلى أشكال من نوبات الصرع في المراهقة. ولكن هذا لا يعني أن النسبة المتبقية خالية من الخلل العضوي. إن التقنيات العصبية التشخيصية الشائعة ليست حساسة للدرجة التي تظهر لنا ذلك الخلل. وبعض الأطفال الذين يبدون كأسوياء، قد يظهر عليهم الخلل العصبي في وقت لاحق. إن الكثير من البحوث التي أجريت في هذا المجال، تبين أن الانغلاق على الذات هو اضطراب عصبي في حدوده الدنيا على الأقل.

لقد نشأت في الماضي العديد من المشكلات التشخيصية بسبب هذا الغموض، ولعدم وضوح المصطلحات والمفاهيم التي تصف المظاهر السلوكية للاضطراب. ويبحث العلماء حالياً عما إذا كان الأطفال المنغلقون يعانون من اضطراب في صورة الجسم Disurbed Body أو تنقصهم العلاقات مع الموضوع Lack of Object relations . وبسبب عدم وجود اتفاق تام على هذه التعريفات والأوصاف، فإن هذا الاختلاف إن ينتهي، إلا أنه ذو أهمية علمية ونظرية معاً اليوم. فعندما يقتصر التشخيص على المعيار الموضوعي مثل ذلك المستخدم في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (أو الرابع) فإننا سنواجه بالكثير من عدم الاتفاق.

الأساليب التشخيصية:

إن أولى المحاولات لتطوير أداة أو أسلوب لتشخيص الانغلاق نحو الذات، قد أجريت من قبل المعالج النفسي ريملاند Remland عام١٩٦٤. ففي كتابه المعنون الانغلاق على الذات في مرحلة الطفولةChildhood Autism ذكر استخباراً تجريبياً صمم بحيث يطبق على الوالدين ويساهم في تحديد تناذر أو زملة الأعراض الكلاسيكية للاضطراب. وقد أظهرت الخبرة السريرية أن هذا الاختبار الذي يسمى (E1) بحاجة لتعديل. وبعد تعديله أصبح يسمى (E2) وصار يستعمل بشكل موسع من قبل العلماء والمعالجين للتمييز بين الأطفال المنغلقين على ذواتهم عن غيرهم من الأطفال الذين يعانون من

أعراض مرضية مشابهة. وهذه بعض البنود التي يضمها الاختبار :

البند	المنغلقون		غير المنغلقين	
	ن = ٦٥	ن = ٣٥	الكلام ن = ٢٣٠	الصمت المفتاح
هل تعتقد أن الطفل كان قريباً من حالة الصمم؟				
١ ـ نعم	٧٧	٩٤	٥٤	+
٢ ـ لا	٢٣	٦	٤٦	–
	١٠٠	١٠٠	١٠٠	
طفل ذو العمر من ٢ ــ ٦ ، هل يستجيب للعناق والاحتضان؟				
١ ـ يرغب بالتمسك والتعلق بالراشدين	٢	٢	٢٠	–
٢ ـ فوق المعدل ، يرغب بأن يحمل	٨	٨	١٨	–
٣ ـ لا يرغب في أن يحمل ، إنه عنيد	٩٠	٨٨	٥٦	+
٤ ـ لا نعرف	٠	٢		٦
	١٠٠	١٠٠		١٠٠
الطفل بعمر ٣ ـ ٥ كيفية مهارته في القيام بأعمال دقيقة باستخدام أصابعه ن واللعب بأشياء صغيرة؟				
١ ـ ذو مهارة عالية وممتازة	٧١	٧٥	٣٣	+
٢ ـ فوق المعدل بالنسبة لعمره	٦	٩	٢٣	–
٣ ـ قليل البراعة ، وكثير الارتباك	١٥	٨	٣٣	–
٤ ـ لا نعرف	٨	٨	١١	–
	١٠٠	١٠٠	١٠٠	

بالرغم من أن قوائم فحص ريملاند تتفق مع التشخيصات التي أجراها كينر ، فإن التقدير والتقويم التشخيصي للانغلاق على الذات قد بحثه عدد من

العلماء أمثال شوفر وريتفو. وهناك أداة فرز لهذا الاضطراب متعدد العوامل تستخدم لأغراض تربوية. ومع ذلك فقد تم التوصل إلى أنه لا توجد قائمة فحص جيدة وواضحة ، وأننا مانزال بحاجة للمزيد من العمل في هذا المجال.

مآل الاضطراب وإنذاره:

لقد أجرى ديماير Demyer ورفاقه دراسة ، تتبعوا فيها ٨٥ طفلاً و٣٥ طفلة يعانون من الانغلاق على الذات كمجموعة تجريبية ، و٣٦ طفلاً كمجموعة ضابطة. وقد ضمت عملية التقويم التشخيصي منذ البداية ، الفحوص الطبنفسية ، والتقويم اللغوي ، والاختبارات النفسية ، والفحوص العصبية والجسمية ، والدراسات المخبرية. كما تمت مقابلة والدي هؤلاء الأطفال. وبعد سبع سنوات تمت مقابلة هؤلاء الأطفال ووالديهم ثانية ، وطبقت عليهم الاختبارات مرة أخرى. وقد تبين نتيجة هذه الدراسة لمآل الاضطراب ، أن عدداً قليلاً من الأطفال فقط استعملوا كلاماً معقداً أكثر مما تتطلبه الحاجة الآنية لهم. إضافة إلى ذلك فإن كل طفل منهم كان يعاني من الترديد المرضي لنفس الكلمات والعبارات ، إضافة إلى مشكلات اجتماعية. وقد أصبحوا أكثر ميلاً للعزلة وأقل تواصلاً مع محيطهم. كما أن أكثرهم يعاني من ضعف في الأداء العقلي يتدنى عن أداء المتخلفين عقلياً.

وقد اهتمت عدة دراسات بمآل هذا الاضطراب وقدمت معلومات تتعلق بحالة هؤلاء الأطفال في مرحلة الرشد. وقد تبين منها أن ٧٥٪ من الأطفال المنغلقين يشبهون المتخلفين عقلياً خلال حياتهم ، وأن ٢٨٪ قد تطورت عندهم الحالة إلى نوبات مرضية Seizurer قبل سن الثامنة عشرة. وقرر بعض العلماء أمثال (دايمر) أنه حتى بالنسبة للأطفال الذين يتحسنون ، تستمر عندهم مشكلات اجتماعية شديدة تتعلق بالتفاعل التبادلي. وقد قام دايمر عام ١٩٨١ بدراسة البحوث الطولانية المتعلقة بالاضطراب خلال مراحل النمو المختلفة (الطفولة والمراهقة والرشد) وعمل على نشرها ، وتوصل إلى النتائج التالية:

المحصلة أو النتيجة	النسبة المئوية للأطفال
المعيار	**بلوغ المعيار**
نتيجة عامة :	
جيد	٥ ـ ١٩
مناسب	١٦ ـ ٢٧
ضعيف	٥٥ ـ ٧٤
معيار خاص :	
يطور كلام طبيعي	٦ ـ ١٦
يطور بعض الكلام	٤٦ ـ ٥١
لا كلام	٣٢
المستوى المدرسي المناسب لسنه	٠ ـ ١٠
استخدام ما حصله	٠ ـ ١٨
إدخال طويل المدى للمعاهد والمؤسسات	٤٢ ـ ٤٥

مآل الانغلاق حول الذات واضطرابات نمو منتشرة أخرى عند الأطفال. ملخص ثلاث دراسات.

ويبدو من هذه النتيجة أن من ٥ ـ ٢٠٪ من الأطفال المنغلقين حول ذواتهم

يصلون إلى حد السواء والاعتدال. وأن ٢٧٪ حصلوا على نتيجة مقبولة. وأن ٦٠ ـ ٧٥٪ حصلوا على نتيجة ضعيفة. وفي جميع الأحوال يكون المآل الجيد للاضطراب مرتبطاً بالأداء والسلوك الوظيفي المعرفي (وخاصة القدرة اللغوية) في مراحل الحياة المبكرة. إن الأطفال الذين يملكون قدرات تواصل مفيدة وجيدة في سن الخامسة، أكثر ميلاً للتحسن من أولئك الذين لا يملكون هذه القدرات. كما أن التحسن يرتبط أيضاً بالحالة العصبية للطفل. فالأطفال الذين يعانون من خلل وظيفي عضوي أقل ميلاً للتحسن من أولئك الذين يكون عندهم هذا الخلل في حده الأدنى.

إن قدر بعض الأطفال ونصيبهم يكون مشؤوماً كما قال كينر Kanner في ورقة العمل المعنونة «ما هي الدرجة التي يمكن أن يصل إليها الطفل المنغلق على ذاته في مجال التكيف الاجتماعي؟».

لقد لاحظ كينر (٩٦) مريضاً شخصوا من قبله على أنهم يعانون من الانغلاق حول الذات، (١١) منهم كانوا ناجحين في مرحلة الطفولة، وقد أشار إلى أن ثلاثة منهم قد حصلوا على درجات جامعية، وثلاثة آخرين قد حصلوا على تعليم متوسط. من جهة ثانية، كان ثمانية منهم يعيشون منعزلين وحيدين (أما المتبقين منهم فكانوا يعيشون مع أسرهم)، وجميعهم كانوا يعملون، ويتراوح عملهم بين مساعدي صيادلة وموظفي استعلامات في البنوك. وبالرغم من أن هؤلاء المرضى جميعهم قد أظهروا قدرة على الإنجاز والعمل في المجتمع، إلا أن أياً منهم لم يفكر ملياً في الزواج، وظلوا يظهرون مشكلات في علاقاتهم الاجتماعية المقربة. وبالرغم من أن هذه النتائج تبين أن بعض الأطفال المنغلقين حول ذواتهم لهم مستقبل أفضل من غيرهم، إلا أننا يجب أن نتذكر أن الأغلبية العظمى منهم مقدر لهم العيش بأمل ضعيف (Schawrtz and johnson 1985).

العوامل السببية للانغلاق نحو الذات: البحث والنظرية:

هناك العديد من النظريات التي وضعت لتفسير الانغلاق على الذات، يمكن جمعها في فئتين: الأولى، ترى أن الانغلاق على الذات ناشيء عن

عوامل نفسية أولية ، والثانية ، تعتبره نتيجة لعوامل بيولوجية في الأساس. ويجب أن نلاحظ أن بعض الاتجاهات حاولت دمج الفئتين معاً في شرح أسباب الاضطراب.

أولاً ـ العوامل السببية النفسية:

لقد ساد في ذهن علماء النفس والأطباء النفسيين لفترة طويلة من الزمن ، النظر إلى الانغلاق على الذات ، على أنه ناتج عن عوامل نفسية واجتماعية Psychosocial Factors. وبالرغم من وجود جدل ونقاش حول دقة هذه العوامل ، إلا أن النظريات ذات المنشأ النفسي قد ركزت على الاضطراب في العلاقة بين الأم والطفل.

١ ـ **الشخصية الأبوية**: على الرغم من أن (كينر) ليس من أصحاب الاتجاه النفسي في عوامل الانغلاق على الذات ، إلا أنه شدد على الشخصية الأبوية وصفاتها ، والدور الذي تلعبه في تكوين هذا الاضطراب. فقد بحث صفات شخصية الأب البارد refrigerator parent وأشكال سلوكه التي تتميز بالجمود وعدم الدفء العاطفي. من جهة ثانية ، فإن الخلل الوظيفي الانفعالي في العلاقة بين الأب والطفل ، تلعب دوراً هاماً أيضاً. وبالرغم من أن التعريف الذي وضعه العالم (بتلهيم) للانغلاق على الذات أوسع من التعريف الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي ، إلا أن نظريته تعكس وجهات نظر متعددة. فمن وجهة نظره: ينتج سلوك الطفل الانغلاقي عن نكران الذات Denial of Self في الدفاع ضد البيئة المضطربة (وخاصة الأم). في حين يقول (أيدلسون): إن الطفل المنغلق على ذاته يبدو في سلوكه كرد فعل على فقدان الحب الأمومي ، ويعزوه آخرون إلى صراعات ناتجة عن الاعتماد على الأم ، وهذه الصراعات لم تجد حلاً.

٢ ـ **الانحراف البيئي**: على العكس من نظرة بيتلهايم ، وغيره من أصحاب النظريات الدينامية ، فقد طبق فيرستر Ferster (١٩٦١) طريقة الاشراط الإجرائي لتحسين السلوك الانغلاقي. والفكرة الجوهرية له هي أن البيئة الأولى للأطفال المنغلقين فشلت في تعزيز أشكال السلوك المناسب، وأن الأطفال

الذين تعلموا قليلاً من أشكال السلوك الاجتماعي ، يقومون بسلوكيات تكرارية ومثارة ذاتياً ، لأنها تعزز مباشرة من خلال الآثار البيئية الآنية.

٣ ـ العوامل ذات المنشأ النفسي والاستعدادات العضوية :

إن الفرضيات ذات المنشأ النفسي للمرض متعارضة مع فكرة أن بعض الأطفال يظهرون استعداداً عضوياً باتجاه تطوير الانغلاق على الذات. في الواقع ، يبدو أن النظريات السيكوجينية (النفسية الوراثية) منطقية في افتراضها أن بعض الأطفال عندهم استعداد لتطوير الانغلاق على الذات في استجاباتهم للخبرات التي لا يتأثر بها أطفال آخرون. إن مجرد القول بأن مثل هذه الاستعدادات السابقة موجودة ، لا يقدم لنا تفسيراً، ولذلك من المفيد أن تكون هناك نظرية تصف طبيعة هذه الاستعدادات والآلية التي تقود إلى الانغلاق على الذات. وغالباً ما تكون الاستعدادات المفترضة محددة بغموض ، ومفاهيمها غير مصاغة بوضوح ودقة. في مثل هذه الحالات ، يواجه تفهم الانغلاق على الذات صعوبات تعيق عملية تقدمه.

٤ ـ العوامل النفسية المنشأ:

وضع الفرضية(نظرة نقدية): إن الفرضيات المتعددة التي تعتمد العوامل النفسية في تفسير الانغلاق على الذات ، ينقصها التوجه العلمي ، وذلك بسبب أنها وضعت افتراضات ضمنية غير قابلة للتجريب والاختبار. مثلاً ، تفترض العديد من هذه النظريات السيكوجينية ، أن الحماية الزائدة للأم ، والعوز ، تقود إلى اضطرابات موجودة عند الأطفال المنغلقين على ذواتهم. لنترك جانباً السؤال المتعلق حول ما إذا كانت أمهات الأطفال المنغلقين يسلكون بشكل مخالف لأمهات الأطفال الأسوياء أم لا. هناك دليل جيد يفترض أن ممارسات الأم من أي نوع لا يمكنها أن تؤدي إلى الانغلاق على الذات. وبغض النظر عن هاتين الوجهتين المتطرقتين لمستوى التفاعل بين الأم والابن ، فإن هؤلاء الأطفال لا يظهرون دليلاً قوياً للانغلاق نحو الذات أكثر مما يظهر جميع أفراد المجتمع الأصلي. فإذا كان نقص التعاطف الوجداني الأموي مسؤول بأية درجة

عن الانغلاق على الذات ، فيمكن أن نتوقع تشكل العرض على هذا النوع من السلوك.

ويجب التركيز على أنه إذا كان الانغلاق على الذات شائعاً بهذا الشكل الذي تتمثل فيه الأعراض ، فإن هناك سبباً يدفع للشك بدقة أو ثقة النظريات المتعلقة بالعوامل النفسية المنشأ. لا يوجد دليل مقبول حول كون أمهات الأطفال المنغلقين يختلفون عن أمهات الأطفال الآخرين في شخصيتهم أو في الطريقة التي يتفاعلون بها مع أطفالهم. إن هذا الانتقاد الرئيسي ، يركز على كون العوامل النفسية المنشأ تشدد على دور شخصية الأم باعتباره العامل السببي الرئيسي. ونفس الانتقاد ينطبق أيضاً على المنظور البيئي للعالم فيرستر السابق ذكره. لا يوجد دليل على أن البيئة المبكرة للأطفال المنغلقين تختلف بشكل ملحوظ عن تلك التي للأطفال الآخرين. في الواقع ، إن وجود أخوة وأخوات أسوياء للأطفال المنغلقين ، يقف برهاناً ضد هذا الاتجاه في العوامل السببية. ويبدو أن هناك توجهاً قليلاً الآن للاستمرار في التركيز على العوامل النفسية المنشأ في حدوث الانغلاق على الذات ، ولهذه العوامل دورها على الشكل التالي: إن مشاعر الذنب والإثم يحدث عند آباء الأطفال المنغلقين الذين تكون حياتهم محملة وثقيلة بأعباء وشروط تؤثر في الطفل وتكون لها آثارها الكبيرة.

ثانياً ـ العوامل البيولوجية المنشأ:

تتراوح النظريات البيولوجية بين تلك التي تبحث في العناصر الجينية الوراثية للانغلاق على الذات ، وتلك التي تبحث الأساس العصبي والبيوكيماوي. وهناك سبب جيد للافتراض بأن بعض أشكال التفسيرات البيولوجية أكثر احتمالاً واعتماداً في تفسير الانغلاق على الذات من اعتماد النظريات النفسية المنشأ ، وذلك للأسباب التالية: إن الانغلاق على الذات يتواجد حالاً بعد الولادة ، مما يجعل التفسيرات المستندة إلى النظريات النفسية لاتفي بالغرض ، وفوق ذلك تختلف نسبة الاضطراب بين الجنسين ، (عند الذكور أعلى منها بين الإناث) مما يتفق مع النظرية البيولوجية في تفسيره. إن وجود السلوك الانغلاقي بين الأطفال الذين عندهم خلل بالدماغ ، وكذلك

ارتباط الاضطراب بالحصبة الألمانية الخلقية من جهة ، وبالمواد السمية الكيماوية من جهة أخرى ، وكذلك النسبة العليا لحدوثه عند اللواتي تعرضن لصعوبات في الولادة والحمل ، هذه جميعها تؤكد التفسير البيوجيني (البيولوجي والجيني) للاضطراب.

١ ـ **الوراثة**: على الرغم من أن الانغلاق على الذات لا يتبع نفس الطريقة التي يورث بها لون العينين مثلاً ، إلا أن هناك احتمالية كبيرة لإيجاد طفل انغلاقي ثانٍ في الأسرة التي شخص فيها أحد أفرادها بهذا الاضطراب مما هو الحال في الأسر الأخرى. وفوق ذلك فإن الاضطرابات العقلية المعرفية وخاصة اللغوية ، أكثر انتشاراً في أسر الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وبالرغم من أن هذه النتائج افتراضية يبقى من غير الواضح بدقة ما هو الدور الذي تلعبه الوراثة في هذا الاضطراب. فبعض الباحثين يشددون على أن بعض الأفراد يرثون الاضطراب (Ritvo, 1983) بينما بعضهم الآخر يعتقد بأن الاضطرابات المرافقة للانغلاق على الذات (مثل اضطرابات اللغة والنطق) هي الموروثة ، والاحتمال الثالث أن ما يتم وراثته ، ليس الاضطراب نفسه ، ولكن بعض السمات الأخرى التي تحدث الانغلاق على الذات بشكل غير مباشر. مثلاً ، المقاومة الضعيفة للفيروسات قد تفسر العلاقة بين الانغلاق والحصبة الألمانية. إن هذا الاحتمال الأخير يتفق مع نتائج (فولستير ورتر) ، بأن الانغلاق على الذات لا يحدث دوماً بين التوائم المتماثلة. فإذا كان الاضطراب يورث ، يجب أن يتأثر به ويرثه التوائم جميعاً. وإذا كان ما يورث هو الاستعداد أو التأهب للإصابة (أي قابلية التعرض لفيروسات معينة أو مخاطر بيئية) فإن هؤلاء الأطفال الذين تعرضوا لمثل هذه المخاطر والاستعدادات هم الذين سيحدث عندهم الاضطراب فقط.

٢ ـ **العوامل العصبية (علم الأعصاب)**:

إن من أكثر الطرق وضوحاً في دراسة أدمغة الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، هي فحصها بشكل مباشر. وفي عام ١٩٧٦ فحص دار بلي من خلال تشريح جثث العديد من الأطفال الذين شخصوا على أنهم يُعانون من الانغلاق على الذات (وكانوا ذهانيين) ، فوجد أن أكثر الحالات تتضمن خللاً عصبياً ،

بالرغم من عدم تجانس هذا النوع من الخلل. من جهة ثانية ، يمكن القول بأنه بسبب كون أكثر الأطفال المنغلقين لا يموتون وهم صغار ، فمن الممكن أن تكون هؤلاء حالات استثنائية لا تمثل الأغلبية أي المجتمع الأصلي.

إن الدراسات التي استخدمت الأجهزة الفيزيولوجية ، مثل راسمة المخ الكهربائي ، والتي تمثل النشاط الكهربائي في أجزاء مختلفة من الدماغ والجهد المرتبط بها حين الاستجابة لمواقف ومثيرات مختلفة. إن الشذوذ والاضطراب في هذا النشاط الكهربائي ، قد ظهر عند الأطفال المنغلقين ، ولكن لم يبين أن هناك خللاً أو شذوذاً فريداً ومميزاً للانغلاق على الذات.

إن إحدى الفرضيات التي تستند إلى الدراسات التي تجري على راسمة الدماغ الكهربائية ، تبين أن الأطفال المنغلقين يعانون حالة مزمنة من الإثارة والتيقظ Chronic state of underarousal . إن مفهوم الإثارة والتنبه أو التيقظ هو حالة من التنشيط Activation وهو من المفاهيم الشائعة في علم النفس. إنه يعزى إلى بُعد يختلف عن حالة النوم إلى حالة من التوتر العالي. فخلال ساعات الاستيقاظ ، يجد أكثر الناس لأنفسهم بين هذين الطرفين أو البعدين. ومن الممكن أيضاً أن يختلف بعض الأفراد بشكل واضح عن المعيار ويكونوا مفرطي الإثارة والتيقظ أو أدنى من ذلك بكثير وبشكل مزمن. وبالرغم من أن هناك دليل مباشر من راسمة الدماغ الكهربائية ، ودلائل أخرى غير مباشرة أيضاً ، تشير إلى أن الأطفال منغلقين ربما يكونوا مفرطي التيقظ والتنشيط بشكل مزمن ، فإن الفرضية تبقى تأملية ولم يتم قبولها.

بالرغم من أن التقارير الناتجة عن راسمة الدماغ الكهربائية ، تعتبر مقاييس تزودنا بدليل غير مباشر على بنية الدماغ ووظيفته ، فمن الممكن استعمال تقنيات متعددة لبيان الشذوذات والخلل الموجود في مناطق محددة بالدماغ ، ويشدد بعض العلماء على أن هذا العمل الجديد يشير إلى الخلل (سوء الوظيفة) في أجزاء أولية ورئيسية بالدماغ (وخاصة جذع المخ) عند الأطفال المنغلقين على ذواتهم. تبقى هذه الفرضية بحاجة إلى إثبات. من جهة أخرى فقد وجد هوسر وزملاؤه(Hawser and Others 1975) أن أشكال الخلل والضعف

البنائي والتكويني لأدمغة الأطفال المنغلقين نحو ذواتهم ، يمكن كشفها باستعمال الرسم السطحي بأشعة أكس. وقد استخدم الباحثون حديثاً ، الكمبيوتر مع هذه الطريقة ، حيث أمكن تبيان النسج الدقيقة والمرنة في الدماغ ، كما تبين أشكال الخلل والضعف العصبي في الدماغ بالمقارنة مع مجموعات ضابطة ، إلا أن صدق وثبات هذه النتائج بحاجة إلى إثبات.

لقد افترض بعض العلماء أن الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات يعانون ضعفاً في النصف الأيسر للقشرة المخية. وقد أيدت دراسات أخرى هذه النتيجة ، حيث تبين أن هؤلاء الأطفال يعانون من الصرع وعندهم خلل في القشرة المخية مما يؤدي إلى اضطرابات معرفية متنوعة. إن الخلل في نصف الكرة المخية الأيسر عند الأطفال المنغلقين هو سبب الضعف اللغوي الذي يعانيه هؤلاء. وقد أيدت بعض الدراسات هذا الافتراض ، مثل دراسة سكوارتز (Schwartz 1985) ولم تؤيدها دراسات أخرى ، مثل دراسة فين ورفاقه (Fein and Others).

٣ ـ الكيمياء الحيوية:

منذ مدة تزيد عن الخمس عشرة سنة ، والدراسات تجري من أجل معرفة ضروب الخلل البيوكيماوي عند الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وبالرغم من وجود احتمالات متعددة حول ذلك ، إلا أن تركيز العلماء كان على مادة السيروتونين باعتباره أحد أهم المواد الكيماوية بين الخلايا العصبية. إنه ناقل عصبي يسمح بمرور السيالات العصبية عبر الخلايا. وقد وجدت دراسات متعددة مستوى عالياً من السيروتونين في الصفيحات الدموية عند هؤلاء الأطفال. ولسوء الحظ ، فإن الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب قد أظهروا أيضاً درجة عالية من هذه الناقل العصبي ، كما أن بعض الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات قد أظهروا مستوى طبيعياً من هذا الناقل ، لذلك لا يمكننا القول بأن مستوى السيروتونين يميز الذين يعانون من هذا الاضطراب.

العوامل البيولوجية «الوضع الحالي»:

بالرغم من أن النظريات النفسية في تفسير نشوء الانغلاق على الذات، كانت منتشرة في فترة زمنية معينة، أكثر من النظريات البيولوجية، فإن الاتجاه اليوم يختلف تماماً. وهناك الكثير من البحوث التي ركزت على افتراض الخلل الكيماوي والعصبي للأطفال المنغلقين نحو ذواتهم. وعلى الرغم من أن هذه البحوث غير نهائية، إلا أنها تبدو متقاربة، فالأطفال المنغلقون على ذواتهم يملكون استعدادات خلقية وهم مؤهبون فطرياً بالوراثة أو باكتساب حوادث الولادة. إن نتيجة هذا الاستعداد هو عجز لغوي وعدم القدرة على إنجاز أشكال التواصل والمودة الإنسانية الطبيعية. وبالرغم من عدم وجود دلائل عصبية وكيماوية واضحة وقاطعة تميز هذا الاضطراب، فإن تقنيات جديدة يعقد عليها الأمل في كشف مثل هذه الدلائل والملاحظات في فترة قريبة.

علاج الانغلاق نحو الذات:

العلاج النفسي Psychotherapy:

إن الأطفال المنغلقين على ذواتهم قد تمت معالجتهم بالطرق النفسية والكيماوية المعروفة. فمن الطرق النفسية التي عولجت بها، طريقة التحليل النفسي. إن التقرير الذي قدمه المعهد القومي للصحة النفسية عام ١٩٧٥، يلخص نتائج بحوث كثيرة أجريت في السنوات الأخيرة، وانتهت للقول بأن العلاج النفسي للأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات والذين يملكون تبصراً، لم تثبت فعاليتها. ومع ذلك هناك الكثير من مؤيدي هذا النوع من المعالجة وخاصة عالم النفس بتلهايم Bethlehem الذي يعتقد بأن هؤلاء الأطفال يجب نقلهم من منازلهم إلى مدرسة خاصة (لأن عالمهم وبيئتهم الواقعية تعتبر بمثابة تهديد لهم) ويجب علاجهم من قبل معالجين يتيحون لهم التصرف بحرية. ويجب أن نتذكر أيضاً، أن تعريف بيتلهايم للانغلاق على الذات أكثر عمومية من التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليلها التشخيصي والإحصائي الأخير(DSM VI). إن فعالية

العلاج الذي قدمه بتلهايم في معالجة الأطفال الذين يعنون من تناذر كانر Kanner Syndrome يبقى غير واضح.

بالإضافة إلى العلاج النفسي ، فقد اقترح بعضهم ما يسمى الإثارة الجسمية أو إثارة الجسد Body Stimulus كطريقة لعلاج الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وقد تم اقتراح استعمال طرق العلاج الجمعي ، والعزل الجسمي ، وغيرها في فترة زمنية معينة ، ولكن أياً منها لم يحدث تغيراً في حياة هؤلاء الأطفال المضطربين.

العلاج السلوكي (وتعديل السلوك) Behavioral Therapy:

إن أكثر الطرق المستعملة في معالجة الأطفال الذين يعانون من الانغلاق نحو الذات ، هي العلاج السلوكي وتعديل السلوك (الذي يطبق غالباً كجزء من برامج التربية الخاصة) الذي يتيح لهؤلاء الأطفال تعلم مهارات متنوعة تقود إلى تحسين تواصلهم وسلوكهم الاجتماعي. ويقول عالم النفس بيلهام Belham «إن تعديل السلوك في هذا الوقت هو علاج الاختيار والبديل للانغلاق على الذات» وسنشرح هذه التقنية العلاجية بالتفصيل لاحقاً.

بالرغم من أن تعديل السلوك قد أدى إلى تحسين واضح ومفيد ،فلا يعني أنه الدواء الوحيد «أي العلاج الوحيد» Panacea. فقد بينت بعض الدراسات المبكرة ، أن بالإمكان تحسين لغة هؤلاء الأطفال عن طريق التعزيز وبعض التغيرات في البيئة. إلا أن بحوث أخرى أظهرت أن هؤلاء الأطفال المنغلقين ، يظهرون مبالغة في انتقاء المثيرات التي يواجهون صعوبة في تعلم المهارات الاجتماعية. إن المبالغة في انتقاء المثيرات ، يحدث عندما يتعلم الطفل بالإشراط أن يستجيب إلى مثيرات متعددة الأبعاد ، ولكن يتعلم الاستجابة إلى واحد منها فقط. وبسبب كون مواقف التعلم المتعددة متضمنة مثيرات مضاعفة ومتنوعة تتواجد بشكل متزامن من قبل المعلمين ، والأهل والمعالج ، فإن الطفل غير قادر على الاستجابة لأكثر من نوع واحد (أي مثير واحد). وهذه الظاهرة تجعل الطفل المنغلق على ذاته غير قادر على اكتساب الاستجابات المناسبة. وهذا ما يفسر سبب حاجة مثل هؤلاء الأطفال إلى (وعجزهم عن)

القيام بأشكال السلوك الطبيعية. لقد استخدمت هذه الظاهرة (أي المبالغة في انتقاء المثيرات) والاستجابة لها، من أجل تفسير العديد من المشكلات التي يعانيها هؤلاء الأطفال، ولذلك فقد اهتم المعالجون النفسيون السلوكيون بوضع برامج علاجية يتدرب فيها هؤلاء الأطفال على أن يكونوا أقل انتقاءً للمثيرات.

العلاج الدوائي Pharmacology :

لقد استخدم العلاج الدوائي في فترة معينة لعلاج الانغلاق على الذات، واعتبر العلاج الأكثر فعالية لخفض أعراض الاضطراب، ولكنه بدا أقل فعالية في فترة لاحقة. والسبب في ذلك هو أن أكثر هذه الأدوية قد استخدمت بشكل غير مضبوط، ولكن بعد أن تمت مقارنتها مع الأدوية الوهمية (Placebo) لم يظهر الأطفال المنغلقون تحسناً ذا دلالة، باستثناء الدواء المسمى هالبيريدول Haloperidol الذي يستخدم أيضاً مع الفصاميين من الراشدين، حيث إن له تأثير في تحسين قدرة الأطفال المنغلقين على التعلم، كما أن الجرعات الكبيرة من الفيتامينات تؤدي إلى تحسين الأعراض عندهم. ومن أهم الأدوية المستخدمة حالياً هو فينفلورامين Fenflurmane .

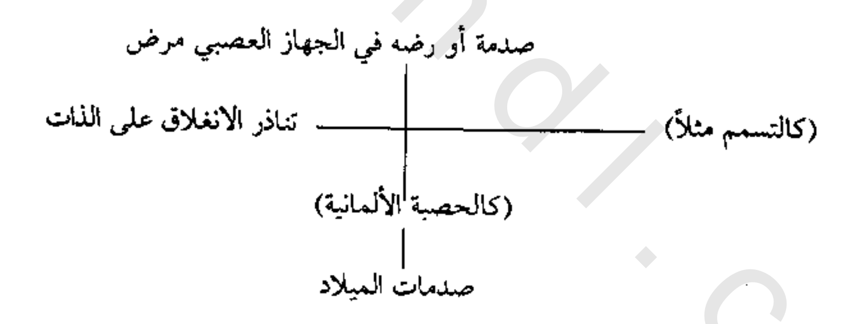
إن أكثر طرق المعالجة الدوائية لهذا الاضطراب قد نشأت استناداً إلى الفرضية التي توصلت إليها البحوث السريرية والتجريبية، والتي تقول بأن الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات عندهم درجات عالية من السيروتونين في الصفيحات الدموية. وبالرغم من ذلك فقد ظهر التحسن واضحاً عند هؤلاء الأطفال والذين لم تكن عندهم نسبة السيروتونين عالية بالمقارنة مع غيرهم. والدراسات ما تزال جارية في هذا المجال.

الانغلاق على الذات، الحاضر والمستقبل:

لقد زادت البحوث الكثيرة التي أجريت في السنوات الأخيرة من فهمنا للانغلاق على الذات. فقد بدا واضحاً أنه، على الرغم من أن الاضطراب يمثل فئة تشخيصية محددة ونوعية من الأعراض، فإن هناك عدداً من الأطفال يظهرون بعضاً منها فقط، ويقومون ببعض أشكال السلوك الانغلاقي. ويجد

اليوم العديد من الأساليب التشخيصية المستعملة والتي يتم تعديلها باستمرار.

بالرغم من الدراسات العديدة حول هذا الاضطراب ، والتي تأخذ فيه بوجهتي النظر النفسية والبيولوجية ، فمن الأطفال المنغلقين من يُعاني من اضطرابات معرفية عقلية تمنعهم من استعمال المعاني والرموز في اللغة. وبالرغم من أن طبيعة هذه الاضطرابات والضعف اللغوي غير معروفة ، إلا أن دلائل كثيرة حول اجتماع العوامل البيولوجية العصبية والبيئية والنفسية قد تم التأكد منها. من جهة ثانية فإن النسبة العالية من السيروتونين الموجودة في دم هؤلاء الأطفال ، تفترض اضطراباً في الجهاز العصبي المركزي عندهم. إن إمكانية وجود أكثر من عامل مسبب للاضطراب ، وأكثر من نوع واحد له (انغلاق جيني وغير جيني مثلاً) يؤيده الكثير من الدراسات الجارية حالياً. والشكل التالي يلخص بعض هذه العوامل المسببة لتناذر الانغلاق على الذات:



وهناك نقطتان هامتان بالنسبة لمستقبل الاضطراب: الأولى ، هي العدد المتزايد للراشدين المنغلقين على ذواتهم ، والثانية ، الوقاية من الاضطراب. في الماضي تكونت جهود كبيرة من أجل تعليم الأطفال المنغلقين على ذواتهم وتدريبهم. وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال يتعلمون العديد من المهارات ، إلا

أن أكثرهم يصل مرحلة المراهقة أو الرشد وهم ما يزالون بحاجة للمساعدة. لسوء الحظ ، فقد أنجز القليل حول هذا. إن على المراهقين أن يتعلموا التعامل مع دوافعهم وحاجاتهم الجنسية الناشئة ، وأن يتعلموا عدداً كبيراً من المهارات الاجتماعية الجديدة. إن تقديم التدريب والتسهيلات أمر ضروري في علاج هؤلاء الأطفال. وختاماً نقول: إن العديد من الدراسات قد أظهرت أن المداخلة العلاجية للاضطراب والوقاية منه ليست أمراً قريب المنال.

اضطرابات النمو المنتشرة التي تبدأ في مرحلة الطفولة:

بالرغم من أن ملاحظات كانر المبكرة قد افترضت أن الانغلاق على الذات يمثل تناذراً فريداً ومميزاً من الأعراض النفسية ، فقد بدا واضحاً أكثر من السابق ، أن هناك عدداً من الأطفال يظهرون بعضاً من هذه الأعراض التشخيصية الخاصة بالاضطراب وليس كلها. وكما ذكرنا سابقاً ، فإن الأدوات التشخيصية قد صممت لمحاولة عزل هؤلاء الأطفال الذين يشبهون المنغلقين على ذواتهم كفئة تشخيصية. هذه الجهود قد واجهت نجاحاً لابأس به ، وكان من السهل عزل اضطرابات النمو الأخرى عن تناذر الانغلاق على الذات.

إن هؤلاء الأطفال الذين يظهرون أعراضاً شبيهة بالانغلاق على الذات ولكنها لا تتطابق معها كفئة تشخيصية ، قد سميت سابقاً باسم «الخبل المبكر» التي تنطوي على ذهانات شبيهة بالفصام وتحدث في الطفولة. وقد كتب هيللر Heeler عام ١٩٣٠ عن العرض الذي سماه الخبل في الطفولة الأولى والمهد ، واعتبرها أحد أنواع الفصام. في حين شدد ماهلر Mahler عام ١٩٦٨ من جهة ثانية على التفاعل التكاملي بين الأم والطفل حين وصف هذا النوع من الذهانات. وقد اعتبر أن هؤلاء الأطفال قد فشلوا في النمو إلى ما بعد العلاقة التكاملية بين الأم والطفل في مرحلة الطفولة الأولى ، ولذلك فإنهم يظهرون حالة من الهلع والخوف حين يفصلون عن أمهاتهم. وأخيراً ، فإن بعض الباحثين قد رجع إلى ما يسمى الذهانات غير التكاملية التي تنمو في الطفولة الأولى وبعد فترة من النمو الطبيعي (Rutter 1972) ، وقد أظهر هؤلاء الأطفال ضعفاً وخللاً في المهارات الاجتماعية وفي القدرات العقلية المرافقة

بأساليب تكلفية ومصطنعة من الكلام والتعبير.

ومع أن كل باحث قد ركز على تفصيلات معينة ، فإن هذه التناذرات (زملة الأعراض) تتداخل مع غيرها ، والعديد منها يتداخل مع الانغلاق على الذات أيضاً. وفي محاولة توضيح بعض هذه العلاقات بين الاضطرابات ، أجرى وينغ Wing عام ١٩٨١ دراسة بيولوجية وبائية في لندن ، حيث يوجد ٣٥ ألف طفل تحت سن الخامسة عشرة. وقد أراد أن يحدد كل قرارات إحدى الجهات المسؤولة (الطبية أو الاجتماعية أو التربوية) أنه يعاني من مشكلة نفسية. ويعني هذا أن يصنف الأطفال في فئات من أجل اتباع طريقة علاجية لكل منهم وقد تبين له أن هناك ٩١٤ طفلاً كانوا يعانون تخلفاً عقلياً من مستويات متنوعة ، إضافة إلى اضطرابات النمو المنتشرة بما فيها الانغلاق على الذات. ومن بين الـ ٩١٤ طفلاً ، يوجد ١٦٣ منهم يعانون اضطرابات نمائية متنوعة ، و١٧ طفلاً يعانون من الانغلاق على الذات. وقد تبين أن ٥٧ طفلاً يسلكون أشكالاً خاصة ومميزة من السلوك وعندهم أعراض متنوعة. وبسبب عدم إمكانية تشخيصهم في فئة محددة ، فقد صنفتهم الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليلها التشخيصي والإحصائي تحت اسم «اضطرابات النمو المنتشرة» التي تبدأ وتستهل في مرحلة الطفولة ، وهذه الاضطرابات متجانسة نوعاً ما. فبعض هؤلاء الأطفال يكونون ضحية لأمراض تعرضوا لها في طفولتهم الأولى. مثلاً ، الطفل السوي قد يصاب بالتهاب الدماغ مما يؤدي إلى هذه الاضطرابات النمائية. قد تبدأ المشكلة بعد صدمة أو أذى في الرأس. كما أن بعض الأطفال لا يمكن كشف سبب عضوي محدد لحالتهم. إن تضمين هذا التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، لا يشمل كون هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب فردي واحد ، وهناك عدد من اضطرابات النمو المنتشرة والحادة في مرحلة الطفولة غير الانغلاق على الذات.

تعريف اضطرابات النمو المنتشرة وتشخيصها:

إن المعيار الذي يعتمده الدليل التشخيصي ، من أجل بداية حدوث اضطرابات النمو المنتشرة ، موضحة فيما يلي وكما وردت في الدليل:

١ ـ خلل مستمر في العلاقات الاجتماعية ، مثل حاجتهم إلى الاستجابة الوجدانية المناسبة ، كما ينقصهم التعاطف الوجداني.

٢ ـ وجود ثلاثة من المظاهر السلوكية التالية على الأقل:

أ ـ قلق شديد ومفاجىء يبدو من نوع القلق العائم أو الطافي المنتشر ، مع هجمات من الهلع والخوف غير المتوقع.

ب ـ انفعال ووجدان غير مناسب أو مقيد ، كما تنقصهم ردود فعل الخوف ، مع حالة مزاجية متطرفة.

ج ـ يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة ، والاستمرار في اتباع طرق جامدة لا تتغير طوال الوقت.

د ـ اضطراب في اللغة والنطق.

هـ ـ حساسية مفرطة للمثيرات المختلفة.

و ـ إيذاء الذات ، كالعض والضرب.

٣ ـ بداية كامل الأعراض بعد ثلاثين شهراً من الولادة ، وقبل الثانية عشرة من العمر.

٤ ـ غياب الهذيانات (التوهمات) والهلوسات ، ووجود تفكك ملحوظ في الشخصية.

وكما يبدو لنا فإن المعيار الأول (رقم ١) هو الفشل في تكوين علاقات اجتماعية. وبالرغم من أن الطفل قد يظهر نفس الميول الاجتماعية التي يظهرها الأطفال المنغلقون ، فإن التمسك والتشبث غير الطبيعي (كما وصفه ماهلر) يمكن اعتباره إشارة لاضطراب العلاقات الاجتماعية.

لقد اقترح وينغ أن الفشل في تطوير العلاقات الاجتماعية الطبيعية يعتبر الأساس؛ الذي يقف خلف كل اضطرابات النمو المنتشرة ، والتي تشترك فيه جميعها.

وكما يلاحظ في المعيار الثاني (رقم ٢) فإن أشكال السلوك الشاذة المرتبكة

باضطرابات النمو تبدأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، وأنه يجب أن توجد ثلاثة مظاهر سلوكية على الأقل حين تشخيص الحالة .

أما المعيار الثالث (رقم ٣) فيميز هذه الاضطرابات عن الانغلاق على الذات والفصام اللذين يحدثان في الطفولة المتأخرة أو حتى في مرحلة المراهقة .

أما المعيار الرابع (رقم ٤) ، فيشبه أحد معايير الانغلاق على الذات ، وهو غياب الأعراض الفصامية مثل الهلوسات والهذيانات أو التوهمات . بالإضافة لهذه الفئة التشخيصية من الاضطرابات ، تضمن الدليل التشخيصي والإحصائي ، فئة تشخيصية أخرى تسمى اضطرابات النمو المنتشرة غير النمطية Atypical Pervasive Developmental Disorders ، التي تضم كل تلك الأعراض التي لا تدخل في الفئة السابقة أو في فئة الانغلاق على الذات . إنها تضم الأطفال الذين يظهر عندهم أشكال من السلوك التي يشملها المعيار الثاني (رقم ٢) مثل : القلق الشديد ، والانفعال غير المناسب ، واضطراب اللغة ، ومقاومة التغيير ، وإيذاء الذات والحساسية المفرطة .

العوامل السببية لاضطرابات النمو المنتشرة وعلاجها :

إن الطبيعة المتجانسة لهذه الاضطرابات ، تؤكد على أنه لا يوجد عامل مسبب واحد لاضطرابات النمو المنتشرة ، بالرغم من أن أكثر الحالات لها أساس عضوي . وبسبب ندرتها فإننا لا نعرف إلا القليل عن الأنماط العائلية والعوامل المهيئة الأخرى المسببة لها . وكما هو الحال في الانغلاق على الذات ، يبدو أن هذه الاضطرابات تحدث أكثر عند الأولاد (الذكور) منها عند الفتيات (الإناث) . وكما هو الحال في الانغلاق إلى الذات أيضاً ، فالعلاج الانتقائي المتبع لمواجهة المظاهر والاضطرابات السلوكية المرافقة لهذا النوع من الاضطرابات هو البديل المقترح ، وذلك باتباع طرق تعديل السلوك والعلاج السلوكي . بالطبع يكون للعلاج الدوائي فائدته في التخلص من بعض الأعراض المرافقة له . إلا أنه لا يوجد علاج واحد كاف وشاف لهذه الاضطرابات طالما أن هناك عوامل متعددة ومتداخلة تسببها .

الفصام:

بالرغم من أن مصطلح فصام مرحلة الطفولةChildhood Schizophrenia قد استخدم باعتباره مرادفاً لكل الاضطرابات النفسية الحادة في مرحلة الطفولة، إلا أن استعماله اليوم أكثر دقة وتحديداً. وبالرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية لم يتضمن فقرة من أجل تشخيص الفصام الطفولي، إلا أنه لا يختلف عن أشكال الفصام الأخرى. وهذه الملاحظة تعتبر خطوة هامة في علم أمراض الأطفال النفسية. ولكن يبقى هناك العديد من الأسئلة المتعلقة بالعوامل السببية لهذا الاضطراب كما هو الحال في اضطرابات النمو المنتشرة.

إن الأعراض المشابهة لتلك المتعلقة بالفصام قد لاقت اهتماماً كبيراً في تاريخ علم النفس والطب النفسي. والبداية الحديثة له تعود إلى القرن التاسع عشر حيث إن هناك أفراداً معينين يميلون لتطوير اضطرابات عقلية مترقية تبدأ في المراهقة وتتميز بفقدان الترابط، واضطراب التفكير، واضطرابات انفعالية. هذا التناذر كان يعزى إلى الخرف المبكر، ولكن حل محله استعمال مصطلح الفصام، ويترجم حرفياً باسم «العقل المنشطر» بأصله اللاتيني، وقد استخدمه الطبيب النفسي السويسري بلويلر عام ١٩١٠، إلا أن المصطلح لا يعزى الآن إلى مجرد انقسام العقل أو الشخصية وتعددها كما تظهره الأفلام ووسائل الإعلام. إن مصطلح انقسام أو انشطار Split في الفصام إنما يكون بين أجزاء الشخصية نفسها. إن الفصاميين يعانون من فقدان الترابط «التفكك والانقسام» كالانتقال المفاجىء من فكرة إلى أخرى مخالفة لها تماماً، أو من سلوكيات مفككة غير منظمة. إن بلويلر يعتبر الفصاميين غير متجانسين، أي أن الفصام ليس اضطراباً واحداً متجانساً، ولكنه مجموعة من الاضطرابات التي تشترك بمظاهر سلوكية معينة.

وصف الاضطراب وتشخيصه:

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM LLL R) يضع

المعيار التشخيصي ، واللوحة السريرية التالية لتشخيص الفصام :

١ - يجب أن توجد ثلاثة من المظاهر التالية على الأقل خلال فترة الاضطراب :

أ - هذيانات (توهمات) غريبة (محتوياتها سخيفة وليس لها أساس واقعي) مثل هذيانات يطلقها المريض على أنه محكوم ، أو أفكار تطيرية سحرية ، أو حشد الأفكار وتزاحمها ، أو انسحاب الأفكار .

ب - هذيانات وتوهمات ذات طابع جسمي ، ديني ، عظامي ، أو هذيانات أخرى لا يكون محتواها اضطهاداً أو غيره أبداً .

ج - هلوسات سمعية تسيطر على مسامع المريض وأذنيه دوماً وتتحكم في سلوكه وتفكيره ، وأحياناً أصوات متناقضة مع بعضها .

د - هذيانات محتوياتها الاضطهاد أو الغيرة مترافقة مع هلوسات من أي نوع (سمعية ، بصرية ، شمية . .) .

هـ - هلوسات سمعية في أوقات مختلفة تكون محتوياتها أكثر من كلمتين ، ولا ترتبط بالاكتئاب أو بالنشوة والحبور .

و - عدم التناسق وفقدان الترابط وخاصة في التفكير المنطقي ، حيث يكون التفكير غير منطقي ولا عقلاني ، والكلام ذو صلة بواحدة من الأمور التالية : هذيانات وتوهمات ، وهلوسات ، سلوك تخشبي نمطي ، سلوك غير منظم ، تبلد انفعالي .

٢ - تهور في الأداء الوظيفي السابق في مجالات مثل العمل ، والعلاقات الاجتماعية ، والعناية بالذات .

٣ - الدوام والاستمرارية : دلائل استمرار الاضطراب على الأقل لمدة ستة أشهر متواصلة من حياة الشخص ، مع بعض علامات المرض في الوقت الحاضر . إن فترة الستة أشهر يجب أن تتضمن مرحلة فعالة ونشيطة تظهر خلالها أيضاً أعراض من المعيار الأول (رقم ١) .

هذه المعايير الثلاثة هي نفسها سواء بدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة أم في

مرحلة لاحقة من الحياة. إن المعيار الأول يتضمن قائمة بأشكال السلوك الفصامي النموذجي.

فالهذيانات في هذا المعيار تعزى إلى التفكير الغريب والسخيف، والهلوسات السمعية والبصرية. وتاريخياً ركز العديد من العلماء على أن الهذيانات والهلوسات أهم المظاهر النفسية التي تميز الفصام. إن العلاقة بين أشكال التفكير المضطرب في الفصام ناتجة عن اللغة المضطربة والتفكير غير المنطقي. إضافة للتفكير هناك الانفعال أو الوجدان الذي يعاني الاضطراب أيضاً. فالذي يبدو عليه الانغلاق على الذات، يصبح مستغرقاً في ذاته، كما يسيطر عليه التناقض الوجداني. وعندما تحدث هذه الأعراض مجتمعة، تكون النتيجة فرداً غير قادر على تنظيم سلوكه والتصرف بشكل منطقي ومتجانس، وغير قادر على التفاعل المثمر مع الآخرين أو مع محيطه عموماً.

ويبدو من الجدول السابق للمعايير الثلاثة للفصام وخاصة المظهر السلوكي السادس للمعيار الأول (أي ١، و) أنه مستمد من المعيار الرباعي الذي وضعه بلويلر والذي يضم: التداعيات، الوجدان، الانغلاق على الذات، والمشاعر المتناقضة. إلا أنه يجب التأكيد على أن الفصام فئة تشخيصية واسعة. فالمعيار الأول مثلاً، يتطلب أن يشخص الفرد على أنه يبدي واحداً من أشكال السلوك الستة خلال فترة المرض. وبسبب ضرورة تواجد مظهر سلوكي واحد على الأقل من المظاهر الستة المتنوعة، فإن بالإمكان تصنيف تشخيص فردين على أنهما يعانيان الفصام، رغم أنهما لا يسلكان نفس السلوك أو لا يظهران نفس المظهر السلوكي المضطرب ولا نفس العرض. مثلاً الكلام غير المتناسق (المعيار ١، و) قد يكون الأساس في التشخيص الأولي للفرد، في حين هذيانات العظمة (المعيار ١، ب) قد تكون السبب الذي يدعونا لأن نشخص فرداً آخر على أنه فصامي. إننا اعتمدنا كلا المعيارين في التشخيص مع أن المفحوصين لا يظهران الأعراض نفسها.

بالإضافة إلى أشكال السلوك التي يتضمنها المعيار الأول السابق، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي يتطلب معيارين آخرين حين التشخيص. فعلى

المفحوص أن يظهر تدهوراً في أدائه الوظيفي إضافة إلى أشكال من السلوك التي يضمها المعيار الأول ، وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وغالباً ما يمر الشخص الذي تظهر عنده هذه الأعراض التشخيصية بفترة تسمى فترة الإنذار Prodromal Phase تتميز بالانعزال الاجتماعي والسلوك الغريب (كالتحدث مع الذات مثلاً) والأفكار السخيفة. وتعتبر هذه المرحلة بمثابة مرحلة تنبؤ بالاضطراب الفصامي الذي سيكتمل.

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي معايير من أجل تشخيص الأنماط الرئيسية والفرعية للفصام ، مثل الفصام غير المنظم (الذي يتميز بعدم التناسق بالكلام وعدم الترابط فيه) ، والفصام التخشبي الذي يتميز بالاضطراب الحركي وليس المعرفي العقلي (كاتخاذ وضعيات معينة جامدة) ، والفصام البارانوي الذي تميزه الهذيانات والتوهمات (وخاصة الاضطهاد). إضافة إلى الأنواع الفرعية مثل الفصام غير المتميز الحاد والمزمن.

بالرغم من وجود العديد من أنواع الفصام المستعملة في التشخيص والممارسة العيادية ، إلا أن هناك درجة قليلة من الثقة المتعلقة بها. فبعض العلماء اتخذ موقفاً متطرفاً لدرجة أنه قال بعدم وجود الاضطراب ، مشيراً إلى أنه مجرد حكم أطلقه المجتمع على سلوك شاذ وغريب ، أو على شخص غريب الأطوار (Sarbin and Mancuso 1980). على كل حال فإن الفصام اضطراب نفسي موجود في كل المجتمعات ، وقد أكدت الدراسات النفسية على ثباته وخاصة شكله الرئيسي النموذجي ، إذا لم يكن بأشكاله الفرعية أيضاً. والمثال التالي لحالة فصام نموذجية عند طفل تنطبق عليه أكثر المعايير التشخيصية التي ذكرناها:

«إن أول زيارة قام بها جون للعيادة كان عمره تسع سنوات وذلك طلباً للعلاج من قبل طبيب الأطفال. وقد طلبت والدته ساندرا العلاج لأن ابنها يسلك أشكالاً غريبة من السلوك ، وشعرت بأن هناك شيئاً ما خطأ عنده لأنه لا يتحدث ولا يتصرف كالأطفال الآخرين في مثل عمره. وعندما يتواجد مع غيره من الأطفال تبدو ألعابهم معه وكأنها تهديد له لأنه حساس. كما إنه

يتفحص صنـدوق البريد الذي يسميه حمالاً ، وحين يجد فرصة فإنه لا يرغب في اللعب بشيء سوى أن يلعب جانب صندوق البريد ، يلمسه ويعاينه. لقد بدأت مشكلاته بالظهور منذ السابعة من عمره ، بالرغم من أن والدته قد لاحظت أشكالاً غريبة من السلوك في مرحلة سابقة حين أتت والدته بمولود جديد. وكانت فترة الطفولة الأولى عادية تماماً ، فقد كان يستجيب لوالدته عندما تلتقطه وتحتضنه ، وكان صدوقاً عطوفاً ينظر للآخرين ويبتسم قبل أن يصبح عمره ثلاثة أشهر. وبدأت مرحـلة عـدم مساعدتـه عندمـا أصبح عمره سنة وأصبح قـادراً على الكلام. إن والده يعمل في مخبر بمؤسسة مياه المدينة ، ويتميز بالانطواء ، ولكنه لم يتعرض خلال حياته لأي اضطراب نفسي. ولكن أخته (أي عمة الطفل جون) دخلت المشفى عدة مرات بسبب معاناتها الفصام.

لقد بينت مقابلة الطفل جون أنه ليست له علاقات بينشخصية ، وأنه يتجاهل الشخص الذي يقابله ، وأنه يمضي أكثر الوقت يلعب وحده ويتحدث لنفسه أيضاً. إنه لا يستجيب للاتجاهات المكانية ، ولا يلعب ألعاباً تتطلب مهارات إدراكية عقلية. وبالرغم من أنه أحيـاناً يستجيب لبعـض الأسئلة بصورة مباشرة ، فإن اهتمامه وانتباهه لا يستمر طويلاً أبداً. كما أن مظهره الجسمي كان ضعيفاً ، وتبدو عليه آثار المرض ، إلا أن الفحوص الطبية لم تظهر شيئاً غير عادي سوى نشاط المخ الكهربائي (حيث هناك اضطراب فيه وخاصـة الفص الأيسر منه). ومع بداية السنـة العاشرة من عمـره بـدأت أسرة جون تبحث عن علاج نفسي دينامي. وخلال هذه الفترة من العلاج الدينامي تحسن جون حيث أصبح باستطاعته الذهاب إلى المدرسة الخاصة والتعلم فيها. وخلال فترة المراهقة عادت بعض أشكال السلوك الغريب عنده ، ثم ظهرت أعراض أخرى وخاصة الهلوسات السمعية ، فكان يسمع أصواتاً تهدده. ودخل المشفى عدة مرات حين بلوغه سن العشرين ، وفي كل مرة يتحسن سلوكه إلى درجة تتيح له الخروج من المنزل. والآن هو في بداية العشرينات من عمره يعيش مع عدد من المرضى في مركز داخلي للرعاية يشرف عليه عدد من

الأخصائيين. وقد تلقى العلاج الطبي الذي خفض بعض أعراضه ، إلا أن احتمال عودة الأعراض ثانية أمر وارد للدرجة التي تدفعه إلى دخوله المشفى لتلقي العلاج ثانية».

وكما يبدو في هذه الحالة ، حيث ينطبق على حالة جون المعايير التشخيصية التي ذكرها الدليل التشخيصي (السابقة الذكر). إن تاريخ جون وسلوكه يتضمن عدداً من الصفات المتعلقة بالفصام عند الأطفال. مثلاً ، نموه المبكر يبدو طبيعياً ، ولكن حالما بدأ الاضطراب بالتطور ، بدأت أشكال السلوك الغريبة والشاذة بالظهور: الانشغال بالأشياء ، مثل صندوق البريد ، والتي تأخذ شكلاً قهرياً ، إضافة إلى المخاوف المبكرة التي تتطور إلى هذيانات الاضطهاد في مراحل لاحقة. وقد أظهر الطفل عدداً من الانفعالات الجامدة (تبلد وجداني) وهلوسات. وهناك فترات يحدث فيها اختفاء لبعض الأعراض تعاود الظهور ثانية مع دخوله مرحلة الرشد. وكما يبدو ، فإن هذه الأعراض المميزة تشبه تلك التي تميز فصام الرشد (هذيانات ، وهلوسات ، ومزاج متقلب) ويختلف تماماً عن الأعراض التي تميز الانغلاق على الذات.

مدى حدوث الاضطراب (نظرة إحصائية):

لقد وصف كولفين Kolvin في إحدى دراساته ، ٣٣ حالة من حالات الفصام بدأت قبل سن الخامسة عشرة من العمر في عينة بمدينة لندن. وقد وجد (كيد وويري) ١٥ طفلاً فصامياً دون سن السادسة عشرة ، عولجوا في مشفى نيوزيلاند لمدة تزيد عن عشر سنوات. ونسبة ١٠ من هؤلاء الأطفال كان أحد والديهم يعانون من الفصام. وهذه النسبة هي نفسها تقريباً عند فصاميي مرحلة الرشد. وقد وجد هؤلاء العلماء أن الأطفال الفصاميين غالباً ما ينحدرون من طبقات اجتماعية دنيا. وربما يتناقض هذا مع النتائج التي أظهرتها الدراسات حول الانغلاق على الذات في مرحلة الطفولة ، حيث يندر الاضطراب النفسي في أسر هؤلاء الأطفال. ولكن على العكس من الانغلاق على الذات ، فقد تبين أن حدوث الفصام عند الإناث يتزايد في حدوثه مع تقدمهن في العمر ، وهكذا حتى تتقارب النسبة عند الذكور والإناث في مرحلة الرشد.

النمو المبكر:

لا توجد علاقة واضحة بين الحمل أو بين صعوبات الولادة ومرض الفصام تم إثباتها. ولكن يميل الأطفال الفصاميين إلى أن يكونوا أقل من المعدل في الوزن، مما يدفع إلى القول بأن عوامل ما قبل الولادة والتكوين الجنيني ربما يلعب دوراً في نمو مرض الفصام لاحقاً.

وكما هو الأمر في حالة الطفل جون، فقد كانت مرحلة النمو المبكرة طبيعية، ولكن الصفات التي تميز الانغلاق على الذات من فشل في إظهار الاستجابة العاطفية، والتبلد الانفعالي، والحركات النمطية الجامدة، لم تكن ملحوظة عموماً. من جهة ثانية، فإن الأطفال الفصاميين قد يظهرون أشكالاً أخرى من السلوك الشاذ. فربما يكونون أكثر قلقاً، وأكثر ميلاً لتطوير مخاوف متنوعة، وإظهار النشاط المفرط والزائد. وقد بينت بعض الدلائل الحديثة، أن الأطفال الذين تطورت عندهم أعراض الفصام في مرحلة لاحقة يتميزون بالتشويش، هم أقل قدرة على تركيز الانتباه.

انتشار الفصام:

إن حالات الفصام في مرحلة الطفولة نادرة الانتشار، وقد احتاج كولفين عدة سنوات لكي يجمع عينة من ٣٣ طفلاً فصامياً. كما أن (كيد وويري) لم يجدا أكثر من ١٥ حالة خلال مدة تزيد عن عشر سنوات. وبسبب بعض المشكلات التي يواجهها تعريف الفصام وتحديده، فإن من الصعب الحصول على تقديرات دقيقة عن انتشاره في مرحلتي الطفولة والمراهقة. هناك من ٣ حتى ٤ أطفال فقط من ١٠ آلاف طفل تقريباً يعانون من الفصام.

مآل الفصام:

إننا نعرف عن مآل الانغلاق على الذات أكثر مما نعرفه عن مآل الفصام، وقد يكون سبب ذلك أن الدراسات السابقة حول هذا الموضوع قد أجريت على الفصام والاضطرابات النفسية الأخرى. وعند محاولة عزل الأطفال الفصاميين، فإن مآل الإضراب ليس جيداً، ولأنه أفضل من الانغلاق على

الذات. وقد تبين أن ٢ من كل ٥ أطفال فصاميين قد تحسنت حالتهم بعد العلاج.

التشخيص التفريقي:

سواء حدث الفصام في الطفولة أم في المراهقة أم في الرشد، يجب تفريقه عن غيره من الاضطرابات الأخرى المشابهة:

١ ـ التخلف العقلي:

إن أكثر الأطفال الذين يحدث عندهم الفصام يقعون دون المتوسط في اختبارات الذكاء، ومن الصعب روز وفحص حاصل ذكاء الأطفال الفصاميين (أو المنغلقين على ذواتهم) بسبب صعوبة تعاونهم مع الفاحص. وكما هو الحال عند الأطفال المنغلقين على ذواتهم، فإن الأطفال الفصاميين يمكن تمييزهم وتفريقهم عن الأطفال المتخلفين عقلياً غير الفصاميين، بسبب سلوكهم المتمركز حول الذات. كما أن الهذيانات والهلوسات والتبلد الانفعالي لا تتواجد عادة عند الأطفال المتخلفين عقلياً.

٢ ـ الانغلاق على الذات:

هناك طرق عديدة يتميز فيها الفصام عن الانغلاق إلى الذات، والنقاط التالية هي أكثر المظاهر المميزة التي لاحظها عالم النفس ريملاند Rimland:

ـ العمر الذي يبدأ فيه المرض. فالانغلاق على الذات يبدأ قبل الشهر الثلاثين من العمر، أما الفصام فيبدأ بعد فترة من النمو الطبيعي السوي.

ـ الصحة والمظهر. غالباً ما يتميز الأطفال المنغلقين على ذواتهم بالمظهر الجيد والصحة الجسمية السوية، عكس الأطفال الفصاميين.

ـ الاستجابة الطفولية (في مرحلة المهد). فالأطفال الفصاميين يستجيبون حين نحملهم ونحتضنهم ويظهرون تعاطفاً وجدانياً كما أنهم يحدقون في الآخرين، على العكس من الأطفال المنغلقين الذين يتميزون بالتبلد العاطفي وعدم الاكتراث.

ـ الحاجة للاحتفاظ بالرتابة والإبقاء عليها. إنها مظهر سلوكي واضح عند

المنغلقين ولكنها غير موجودة عند الفصاميين.

ـ اضطرابات اللغة. إن اللغة الخاصة المميزة للأطفال المنغلقين (مثل الترديد المرضي لما يقوله الغير، وقلب الضمائر) لا توجد عند الفصاميين الذين يتميزون باضطراب التفكير.

ـ الخلفية الأسرية. فالفصام أكثر شيوعاً بين الأسر العاملة وتمتد في نفس العائلات، في حين لا يرتبط الانغلاق على الذات بأسر معينة.

ومع أن بعض هـذه الفروقـات لا تتوضح في الممارسـة العلاجيـة، فإن مزايا تفريق الفصـام عن الانغلاق على الذات وعن غيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى، موضحة في الجدول التالي، الذي يبين أن الحدوث المتأخر للاضطرابات يشبه أشكال الفصام في الرشد، في حين أن البدء المبكر للاضطرابات تشبه اضطرابات النمو المنتشرة (بما فيها الانغلاق على الذات):

اضطرابات مرحلة الطفولة:

يبين هذا الجدول مقارنة بين الاضطرابات التي تبدأ في مرحلة مبكرة ومرحلة متأخرة للذهانات العضوية وفصام الرشد.

العوامل السببية في الفصام:

إن التفسير المقنع للفصام لم نجده حتى الآن. وبالرغم من أن التفسيرات التي تقول أنه بيولوجي المنشأ، تتزايد باستمرار، إلا أنها غير متطابقة أو متفقة على عامل سببي واحد محدد. وبما أن الفصام يحدث كرد فعل لضغوطات نفسية غير عادية (كالمعارك مثلاً)، فإن انتهت عدة نظريات للقول بأن اجتماع ضغوط الحياة مع التأهب والاستعداد البيولوجي، إنما هو العامل الأهم في تطور الاضطراب.

اضطرابات مرحلة الطفولة

الأعراض	ذهانات عضوية	بداية حدوث مبكرة	بداية حدوث متأخرة	فصام الرشد
الوحدة والعزلة	+	+	-	-
التخلف	+	+	-	-
عند الذكور أكثر منه عند الإناث	+	+	+	-
سلوك نمطي	+	+	+/-	+/-
قلب الضمائر	-	+	-	-
ترديد مرضي للكلمات	+/-	+	-	-
كلام متأخر	+/-	+	-	-
اضطرابات حركية	+	+	-	-
اضطراب في الإدراك	+	+	-	-
شذوذ في النشاط الكهربي للمخ	+	+	-	-
اضطراب في التفكير	-	-	+	+
هلوسات	-	-	+	+
انفعالات شاذة وغير مناسبة	-	-	+	+
تحسن في الأداء	-	-	+	+

العوامل النفسية المنشأ:

كما لاحظنا في بحث الانغلاق على الذات ، فإن الاتجاه المسيطر لسنوات عديدة، ينظر للفصام على أنه ناتج عن عوامل انفعالية وسيكولوجية أيضاً. وربما

لم يتم الاتفاق بعد على العوامل النفسية الدقيقة ، إلا أن الباحثين أصحاب هذا الاتجاه يركزون على العلاقة المضطربة بين الأم والطفل. فمثلاً ، بينت عدة دراسات وجود أمهات فصاميات عند الأطفال الفصاميين ، ولكن أكثرها قد استند إلى تاريخ المرضى الفصاميين أنفسهم ، وإلى متغيرات أخرى مرتبطة بمشكلاتهم الانفعالية مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والخلافات الزوجية وغيرها مما لم يتم ضبطه وبحثه عند دراسة هذه الشخصيات. ونتيجة لذلك فقد تم توجيه الانتباه نحو العلاقات الأسرية وأشكال التواصل عند الفصاميين والدور الذي تلعبه في تطوير أعراض الفصام. ولكن من الصعوبة تحديد أي منهما كان العامل الأول (أيهما السبب وأيهما النتيجة) ، هل الفصام أم أشكال العلاقة والتفاعل الأسري. ومن غير الواضح ما إذا كانت أشكال التفاعل السوي تدفع أفراد الأسرة وتطورها من حدوث الفصام ، أم أن الفصام نفسه يخلق أشكالاً شاذة من التفاعل. لقد أجريت عدة دراسات للإجابة عن هذه الأسئلة منها بحوث جاكوب Jacop (١٩٧٥) ودراسات فيلد وزملاؤه Field (١٩٨٠) التي أوجدت فروقاً في أنماط شخصيات آباء الفصاميين وغير الفصاميين من الأفراد ، ولكن هذه النتائج تبقى متناقضة.

عموماً توجد دلائل قوية تثبت دور العوامل النفسية في نشوء الفصام. فقد بينت الدراسات التي أجراها براون ورفاقه ، أن الأعراض والتفكك الفصامي يسبقه عادة ضغوط نفسية شديدة. وبعض الأفراد يظهرون استجابات فصامية لهذه الضغوط ، وبالرغم من أهمية الضغط النفسي كعامل مسبب إلا أنه ليس الوحيد ، بل لا بد من توافر الاستعداد أيضاً (عبد الله ١٩٩٧).

العوامـل البيولوجيـة :

وسنتحدث عن أهم عاملين بيولوجيين هما الوراثة ، والبيوكيماوية والعصبية.

١ ـ الوراثـة :

على الرغم من عدم الاتفاق التام حول دور الوراثة ، إلا أن الكثير من

الدراسات البيولوجية تشدد على وجود عنصر جيني (مورث) مسؤول عن حدوث الفصام. ويزيد معدل حدوث الاضطراب بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم المختلفة. ومن الدراسات الهامة حول دور العوامل الوراثية في الفصام الطفولي والانغلاق على الذات أيضاً، تلك التي بينت أن بداية حدوث الاضطرابOnset (قبل سن الخامسة) لم يتم نقلها وراثياً، ولكن بداية حدوثها في مرحلة الطفولة المتأخرة تكون موروثة بنفس الطريقة التي يتوارث فيها فصام الرشد (Hanson and Cottesman 1976) ويجب أن نلاحظ أنه على الرغم من وجود الأساس الوراثي للفصام، فإن حدوثه بين التوائم المتماثلة، حتى لو نشأت معاً، ليست تامة ولا تحدث معاً في نفس الوقت، مما يفترض دور العوامل غير الوراثية (النفسية والاجتماعية) في حدوثه.

٢ ـ العوامل البيوكيماوية والعصبية:

إن الفرضية التي تقول بأن الأداء الوظيفي المتعلق بالنصف الأيسر للمخ يكون مضطرباً عند الفصاميين، قد جذب انتباه كثير من الباحثين، إلا أن صدق وثبات هذه القياسات ما تزال موضع تساؤل.

إن البحث في العوامل البيوكيماوية للفصام كثيرة وصعبة المنال. والفروق في نشاط النقل العصبي ومستويات الأنزيمات، وعملية الأيض، كلها ترتبط بالفصام، ولكن لم يتم تحديد علاقة مميزة فيها. ومع أن الاتجاه يتركز حول العلامات الكيماوية والعصبية المميزة للفصام، فإن بعض التفاعل بين العوامل العصبية والبيولوجية والنفسية هو المسؤول عن الاضطراب. وبسبب كون الاستعداد البيولوجي والعوامل النفسية، تختلف في شدتها (على طول خط متصل) فإن من الواضح أن بعض الأطفال قد يصبحون فصاميين عند مواجهة أدنى حد من الضغط النفسي (هؤلاء الذين يتميزون بالاستعداد الشديد للاضطراب) في حين أن الآخرين قد يحتاجون إلى درجة كبيرة من الضغوط النفسية قبل أن يصبحوا فصاميين. إن فكرة كون الضغوط أو العوامل النفسية، والعوامل البيولوجية متفاعلة في إحداث الفصام، تعرف الآن باسم نظرية

«التأهب أو الاستعداد ـ والضغط النفسي».

علاج الفصام:

إن كل أشكال العلاج من الفردي إلى الجمعي إلى العلاج باللعب ، جميعها ذات فائدة عملية ، وقد استخدمت جميعها في معالجة الاضطراب. كما أن دلائل فائدتها قوية. وكما هو الحال في الانغلاق على الذات ، يلعب العلاج السلوكي (وتعديل السلوك) دوراً هاماً.

إن العلاج الدوائي له آثاره الناجحة في معالجة الاضطراب أكثر من اضطرابات النمو المنتشرة الأخرى عند الأطفال. فالمهدئات تلعب دوراً هاماً في تخفيف أعراض الفصام ، وتتيح للمريض أن يعيش خارج المشفى ، وأن يتفاعل مع العلاج السلوكي أيضاً. ولأن بعض هذه الأدوية تعمل على إيقاف بعض الناقلات العصبية كالدوبامين مثلاً ، فإن الكثير من العلماء يعتقدون أن الدوبامين مسؤول جزئياً على الأقل عن الفصام. وهناك عدة دراسات ركزت على العلاقة بين الناقلات العصبية والفصام (Buchsbaum and Haier) وبعض هذه الدراسات ما تزال جارية حتى الآن. فإذا بينت هذه البحوث وجود علامات خاصة مميزة للفصام ، فإننا بذلك نستطيع ، ليس تحسين العلاج فقط ، بل سنكون قادرين على منع تطور الفصام ، والوقاية منه وخصوصاً في مراحله الأولى ، وذلك عن طريق تحديد الأفراد المؤهبين (الذين عندهم استعداداً بيولوجياً) له. هذا النوع من الوقاية سنبحثه في الفصل الأخير من هذا الكتاب.

الفصام ، الوضع الحالي:

إن من المتفق عليه عموماً عند كل العاملين في هذا المجال اليوم ، أن الفصام في مرحلة الطفولة يختلف عن الفصام في مرحلة الرشد. إنه يبدأ متأخراً عند الأطفال بالمقارنة مع الانغلاق على الذات ، ولكنه يتفق مع الانغلاق ، ومع فصام الراشدين ، في بعض الصفات والمظاهر. وبالرغم من أن هناك عناصر وراثية قوية في حدوثه ، فإن العوامل النفسية (وخاصة الضغوط النفسية) تلعب الدور الهام فيه أيضاً. إن الفصام لا يتطور حتى يتواجد عاملان أساسيان

هما: الاستعداد البيولوجي ، والضغوط النفسية. من جهة أخرى ، فإن العلاج الدوائي يساعد في خفض الكثير من أعراضه ، ولكن العلاج السلوكي والاجتماعي ضروري جداً من أجل تعديل أشكال السلوك الشاذ.

* * *

الفصل الخامس

علم النفس المرضي وأمراض الدماغ

لقد لاحظنا في الفصل السابق أن الخلل أو العطب العصبي يسبب اضطرابات سلوكية عديدة كالانغلاق على الذات والفصام. وسيتبين معنا أن التخلف العقلي أيضاً ، بأشكاله المختلفة يعكس خللاً فالجهاز العصبي المركزي ، وبسبب الدلائل على العوامل العضوية في بعض أمراض الأطفال النفسية التي نبحثها ، سندرس الآن الآثار العامة لخلل الدماغ على سلوك الطفل ، وبعض الأعراض المتنوعة ، بادئين البحث في عوامل ما قبل الولادة وما بعدها وما تحدثه من آثار ونتائج عصبية ، ثم نبحث طرق التقويم والتشخيص العصبي الخاص ببعض التناذرات المرضية ، ونستعرض بعض هذه الاضطرابات مثل نقص الانتباه.

اللاتجانس عند المرضى العصبيين من الأطفال:

مع أنه من الشائع أن نعزى جميع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية إلى خلل في الدماغ ، كما لو أنهم مجموعة متجانسة ، إلا أن الأطفال الذين يعانون من خلل عصبي قد يختلفون فيما بينهم. إن مصطلح الخلل أو العطب الدماغي Brain Damage يستعمل بشكل واسع وليس له معنى محدد ودقيق. إنه يعزى إلى خلل في الجملة العصبية واضطرابات في وظائفه. إننا نستعمل المصطلح هنا لملاءمته وتميزه بحيث يمكن أن نعزو إليه أي شكل من

أشكال الخلل والاضطراب الوظيفي العصبي. وسنبحث في بعض أسباب هذا الخلل الوظيفي العصبي والعوامل المتنوعة التي تبين كيف يؤثر خلل الدماغ في السلوك.

العوامل السببية:

إن العديد من المؤثرات التي تحدث قبل الولادة وبعدها، قد تحدث اضطراباً وخللاً عضوياً. إن الخلل والعطب الدماغي يمكن أن ينتج عن حوادث تتعلق بعملية الولادة نفسها. إن عوامل ما قبل الولادة تتضمن أمراض الأم (كالحصبة مثلاً) وسوء تغذيتها، وتعرضها للإشعاعات والتسمم، واستعمالها للعقاقير خلال فترة الحمل، وحتى الضغط النفسي الذي تمر به، يقود إلى اضطرابات عصبية عند المولود. إن الولادة قبل الموعد، وخاصة إذا كان وزن المولود أقل من المعدل، فإن له آثاراً خطيرة. إن الأمهات المراهقات اللواتي يحملن في هذه السن، تزداد عندهن نسبة ولادة أطفال غير ناضجين من هذا النوع.

عادة ما يجري طبيب الولادة فحصاً سريعاً للمولود الجديد مستعملاً ما يعرف باسم A Pgar Score هذه الطريقة بسيطة وسريعة. وهناك قيمة رقمية من صفر حتى اثنين بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الخمسة التالية: معدل ضربات القلب، التنفس، نشاط العضلة، الاستجابة للمثيرات، لون الجلد. والدرجة عشرة هي التامة، أما الدرجات المنخفضة منها تتطلب فحصاً، والدرجات مثل ثلاثة وأربعة تعني أن المولود قد يحتاج إلى رعاية مكثفة. إن تعقيدات عملية الولادة، والتي تؤدي إلى خلل وتخريب في الجهاز العصبي المركزي مثل: الولادة المتأخرة، والولادة غير الطبيعية، يمكن أن تؤثر في إيصال الأكسجين إلى الدماغ أو ما يعرف باسم الأنوكسيا (أي نقص الأكسجين في الأنسجة). فعندما يعاق إيصال الأكسجين إلى الدماغ، فإنه يتعرض للعطب والخلل، هذا العطب والتخريب الناتج عن نقص الأكسجين أو عن صدمة معينة مثلاً، سيؤثر في النمو اللاحق للطفل، ومن أهم الآثار الناتجة عن ذلك الشلل الدماغي، والاضطراب الحسي الحركي الذي يرتبط بالتخلف العقلي.

إن العلامات الأولى للشلل الدماغي ، هي تأخر في النمو الحركي وظهور منعكسات شاذة غير طبيعية. ومع نمو الطفل تبدأ التشنجات Spasticiy في الظهور ، هذه التشنجات تجعل الحركات الإرادية للأطراف صعبة جداً وغير خاضعة للضبط. كما أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يواجهون صعوبات كبيرة في النطق. إن العلاقة بين الشلل الدماغي والتخلف العقلي معروفة وسننظر إليها لاحقاً. ولكن يجب أن نذكر بأنه على الرغم من كون الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي يواجهون صعوبات كبيرة في التواصل ، وإعاقات أخرى ، إلا أنه لا توجد بالضرورة صلة بين حالتهم وتخلفهم العقلي. إن هؤلاء الأطفال الذين أتيحت لهم فرصة جيدة من الاهتمام ، مروا بمرحلة نمو مناسبة وحياة منتجة وفعالة.

خلل الدماغ والسلوك:

إضافة إلى الأسباب الكامنة ، هناك عدد من العوامل التي توضح كيفية تأثر الدماغ بخلل ما عند طفل معين. أحدها العمر الذي يكون فيه الطفل حين تعرضه للأذى والخلل. إن هذا الخلل الذي يحدث قبل الولادة أو حينها ، تكون له آثار مختلفة عما إذا حدث في مراحل لاحقة من الطفولة حيث تكون قد نما العديد من العمليات العقلية. وقد أشار روبنسون إلى أن العلاقة الخاصة والدقيقة بين عمر الطفل حين وقوع الأذى ، والآثار التي سيحدثها هذا الخلل تبدو غير واضحة. وقد قام بول Boll بتقويم الفروق والاختلافات الموجودة بين الأطفال الذين تعرضوا لخلل في المخ حين الولادة ، وبين الذين تعرضوا لأذى وخلل دماغي بعد أن تجاوزوا الثانية والرابعة من عمرهم ، وبين الذين تجاوزوا أيضاً سن الخامسة من نموهم الطبيعي ، وبين الذين لم يتعرضوا إلى أي خلل. لقد كان متوسط العمر سبع سنوات تقريباً. وتم قياس مستوى ذكائهم ، وطبقت عليهم اختبارات سيكوعصبية وضعت خصيصاً لقياس وتقدير هذه الحالات من الإصابات.

إن الأطفال الذين لم يتعرضوا لإصابات الدماغ ، كان إنجازهم أفضل في الاختبارات التقويمية بالمقارنة بأولئك الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الإصابات.

وهناك أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك وإنجاز الذين تعرضوا لإصابات وخلل الدماغ. وبشكل خاص فإن الأطفال الذين تعرضوا للإصابة والخلل بعد سن الخامسة من نموهم الطبيعي ، قد حصلوا على درجات ذكاء جيدة بالمقارنة مع الأطفال الذين تعرضوا للخلل بعد سن الثانية. إن هذه الفئة الأخيرة من الأطفال أفضل في درجاتهم من أولئك الذين تعرضوا للإصابة الدماغية حين الولادة. وفي الاختبارات النفسية العصبية ، فقد أظهر جميع الأطفال الذين يعانون من خلل في المخ ، قدرات حركية متشابهة ، ولكن الأطفال الذين كان لهم أطول مرحلة من النمو الطبيعي (أي الذين تعرضوا للإصابة متأخراً) كانوا أفضل من حيث التفكير المجرد وحل المشكلات والمهارات اللفظية.

لقد انتهى العالم بول إلى القول بأن هذه النتائج تشير إلى أن الأطفال الذين مروا بأطول فترة نمو طبيعي قبل إصابتهم بأذى في المخ ، قد أظهروا أقل درجة من الضعف في العمليات المعرفية العقلية بالمقارنة مع أولئك الذين تعرضوا للأذى في مرحلة مبكرة من حياتهم. وهناك فروق في هذه النتائج. فقد أوجد شنايدر Schnider أن العلاقة بين عمر الأذى أو الإصابة وبين السلوك المضطرب في دراسة الأطفال يمتد من سن ما قبل المدرسة حتى المراهقة. وهناك دليل على أن الإصابة التي تحدث في مرحلة مبكرة من النمو لأقل أذى من تلك التي تحدث في مراحل لاحقة للنمو بالنسبة لبعض الوظائف العقلية. فقد تبين أن إصابة منطقة اللغة في مرحلة مبكرة يمكن أن تعوضها عمليات أخرى ، في حين أن الأذى والإصابة التي تحدث في مرحلة لاحقة في نفس المنطقة ، تؤدي إلى اضطراب وإعاقة مستمرة. وينتهي بعض العلماء إلى القول: إن الإصابة المبكرة في الدماغ أسوأ مما لو حدثت في مرحلة لاحقة من النمو. في حين يقول البعض: إن الأمر غير ذلك بالنسبة إلى بعض العمليات المعرفية والعقلية. والسؤال الآن: ماذا نستنتج من هذه الدراسات؟ وما هي النتائج الصحيحة؟ الجواب ، ربما تكون جميع هذه النتائج صحيحة ، فقد بين توبر Tubre (١٩٧٥) أن جميع أجزاء الدماغ متورطة ومسؤولة عن الوظائف

المتخصصة في مراحل مختلفة من النمو. ولذلك فالمشكلات السلوكية الناتجة عن أذيات دماغية، تعتمد ليس فقط على السن (أي عمر الشخص) ولكن على مكان الإصابة أيضاً.

ولسوء الحظ، من الصعب أن نحدد موقع الإصابة التي تحدث في مرحلة مبكرة من النمو، وفي هذه الحالة قد تكون الإصابة قابلة للتوسع والانتشار. أما في مراحل لاحقة من الحياة، فالإصابات والأذيات تحدث خللاً محدداً ونوعياً في مكان محدد ودقيق. عموماً فإن انتشار آثار الإصابة والأذى في الدماغ يحدث أعراضاً منتشرة ومتوسعة واضطرابات سلوكية أعظم من الإصابة أو الأذى الموضعي المحدد.

إن الأذى أو الخلل الذي يحدث في موقع محدد من الدماغ، غالباً يمكن تحديده ومعرفة موضعه عن طريق ملاحظة وتتبع الوظائف النفسية والعقلية المضطربة. مثلاً، الأذيات التي تحدث في الجزء الأيسر من المخ، يحدث اضطراب في اللغة، في حين أن الأذى الذي يحدث في النصف الأيمن للمخ، يؤدي إلى خلل في السلوك التحليلي والتخيلي والمكاني. هذه العلاقات تصدق على المرضى من الراشدين الذين يعانون من إصابات حادة في الدماغ (أسفل الرأس مثلاً). ولكن موقع الأذى قد لا يكون محدداً هكذا وبدقة عند الأطفال، أو حتى عند الراشدين الذين ينتشر ويتوسع عندهم الخلل ليمتد إلى مواقع أخرى. إضافة إلى ذلك، فإن التموضع (تحديد موقع الإصابة، الأذى) كثيراً ما يصعب تعيينه في بعض أجزاء الدماغ التي هي خامدة «ساكنة»، فإصابة هذه المناطق لا يحدث أية أعراض يمكن تحديدها بدقة.

إن من الواضح أن إصابة وخلل الدماغ بعيد عن أن يكون بناء مركزياً وحدوياً Unitary construct. إن عمر الطفل حين وقوع الأذى الدماغي، وموضع الخلل أو العطب حتى لو اختلف سبب الإصابة من طفل لآخر، تعتبر جميعها عوامل متفاعلة التأثير في السلوك والوظيفة النفسية. ومن المهم أن نتذكر أن إصابة الدماغ والسلوك كلاهما يحدثان في سياق تبادلي التأثير والتفاعل. فالولد الذي تعرض إلى إصابة في المخ، والذي يعاني درجة عالية

من القلق في علاقاته مع أقرانه ، ربما يظهر آثار هذا الخلل الدماغي أو يبدي ردود فعل متنوعة للمواقف الصعبة في العائلة. وكما أشرنا فإن كل أشكال السلوك ناتجة عن تفاعل العوامل النفسية والبيولوجية. وسلوك الأطفال ذوي الإصابة الدماغية ليس استثناء من ذلك ، إنه ناتج عن تفاعل هذه العوامل أيضاً.

التقدير والتقويم التشخيصي لأمراض الدماغ:

هناك العديد من الطرق التي وضعت لتقدير وتشخيص الإصابة وخلل الدماغ عند الأطفال ، منها تاريخ النمو ، والاختبارات النفسية ، والفحوص العصبية ، ودراسة نشاط المخ الكهربائي وغيرها.

١ ـ **التاريخ النمائي والتطوري للطفل:** في حالات الاشتباه بإصابة الدماغ ، يبحث المعالجون دائماً عن معلومات تتعلق بالتاريخ النمائي للطفل مع تركيز خاص على العوامل التي تقف خلف الإصابة. وغالباً ما تركز الأسئلة التي يتم طرحها على الصحة العامة للطفل ، ومرحلة الحمل ، وصعوبات الولادة ، والأمراض السابقة ، والسن الذي استطاع فيها الطفل المشي والإخراج والكلام. ومع أن التاريخ الإيجابي قد يزود بأسباب إضافية للظن بأن الطفل يعاني من أذى دماغي ، إلا أنه لا يكفي أبداً الاعتماد عليه فقط في تشخيص الأذى الدماغي ، وذلك بسبب عدم وجود علاقة وحيدة محددة بين تلك العوامل وبين الخلل الدماغي. إن التاريخ غير السوي والذي لا يوجد فيه ما يثير الانتباه لا يعتبر كافياً. فالتاريخ التفصيلي لنمو الطفل من النواحي الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والتربوية كثيراً ما يستعمل كطريقة تقديرية وتشخيصية.

٢ ـ **الاختبارات النفسية:** تستند فكرة الاختبارات ووظائف الدماغ النفسية على فكرة أن العطب والأذى الدماغي غالباً ما ينتج سلوكاً مضطرباً. وبكلمات أخرى ، فإن أي أداء أو سلوك يعتمد على جزء أو أكثر من أجزاء الدماغ ، فالأداء المنخفض سيعكس ضعفاً في وظيفة الدماغ. إن الاختبارات النفسية التي تقيس وتشخص العطب والخلل المخي (ونسميها الاختبارات النفسعصبية) لها تاريخ طويل في علم النفس ، تعود إلى المحاولات الأولى التي بحثت العلاقة

بين تشريح الدماغ والسلوك. ويحاول العلماء ربط السلوك ببنية الدماغ منذ مئات السنين. أما البحوث التي تركز على مناطق المخ وأجزائه ووظائف هذه الأجزاء ، فإنها بدأت عندما طور العالم النمساوي (فرانز جوزيف جول) العلم الذي سمي فراسة الدماغ Phrenology. وقد افترض أن شكل الجمجمة يعكس حجم وشكل الدماغ ، وأن كل صدمة على الرأس تؤدي إلى خلل في جزء من أجزاء المخ ، وأن كل جزء فيه مسؤول عن خاصية شخصية مختلفة تسمى ملكات. وقد كانت محاولات العالم (جول) ناجحة في تحديد وظائف المخ ، هذه النجاحات لم تبين أن للمخ مناطق مخصصة لملكات متنوعة ، ولكنها مناطق مخصصة لعمليات معرفية وعقلية وحركية متنوعة. ويبحث علماء النفس العصبي حالياً في هذه الأجزاء المختلفة للمخ ودورها في اللغة والعمليات العقلية. وهناك العديد من الاختبارات النفس عصبية (النفسية العصبية) المتاحة والمستخدمة ، وعلى الرغم من استعمالاتها المتنوعة ، فإن بعض علماء النفس يعتقدون أن هذه الاختبارات المعيرة تؤدي إلى خطأ وأن الاتجاه المرن ضروري لفهم علاقة المخ بالسلوك. وهناك جدال في هذا المجال ، إلا أن نقطة هامة يجب ملاحظتها ، وهي أن بعض الاختبارات النفس العصبي معيرة ومقننة للاستعمال مع الأطفال. وفي الممارسة الإكلينيكية يستخدم علماء النفس اختبارات مصممة لأهداف أخرى مثل الاختبارات التي تقيس حالات الصدمة والخلل المخي. ويقترح بعض المعالجين النفسيين أن بعض الاستجابات المحددة في اختبار الرورشاخ ، واختبار ويكسلر لقياس الذكاء تقيس بعض الاضطرابات العقلية. ومن الاختبارات المستخدمة مع الأطفال ، اختبار بندر الكشتالتي Bender Gestalt test الذي يتألف من تسعة أشكال هندسية متتالية وعلى الطفل أن يرسمها تماماً كما هي ، حين تعرض عليه. إن الخصائص التي تميز رسم الطفل المضطرب هي (تشويه الرسم ، أو رسمه رأساً على عقب ، أو معكوساً) وهي التي ترتبط باضطرابات عصبية. إن إحدى المشكلات الرئيسية في هذا الاختبار ، هي أن الأطفال يواجهون صعوبات في رسم هذه الأشكال حتى ولو كانوا أسوياء. وبكلمة أخرى فإن الرسومات التي تكون طبيعية وسوية عند الأطفال في مرحلة نمو معينة قد تدل

هي نفسها على خلل بالمخ واضطراب عضوي دماغي في مرحلة نمو لاحقة. ومن أجل جعل هذه الاختبارات ممكنة الاستعمال والفائدة التطبيقية مع الأطفال، قام كوبيتز Kopitz (١٩٧٥) ببناء نظام وطريقة لوضع الدرجات النمائية حسب مستوى النمو والعمر لهذا الاختبار، بحيث أصبح يأخذ بالحسبان العمر ومرحلة النمو عند استعماله في الفحص والتشخيص. وبالرغم من أن العديد من علماء النفس والمعالجين يعتمدون على هذا الاختبار الكشتالتي فإن أكثرهم يعتبره أداة فرز وفحص. إن الأداء المنخفض في الاختبارات، كهذا الاختبار، ربما يقود المعالجين على أن يفترضوا أن عطب وخلل المخ قد يكون مجرد افتراض، ولكن بدون بيانات مساعدة، فإن نتيجة الاختبار وحده لا تكفي في التشخيص.

إن المشكلة المتعلقة بالاختبارات النفسية المستعملة لفحص خلل المخ، توصف هنا بأنها أداة فحص لوظيفة عقلية (مخية) واحدة، أو بضعة وظائف. باستثناء بطارية أنديانا السيكوعصبية للأطفال والتي وضعها رايتن Reiten-Indiana Nruropsychlogical Battery والتي تفحص وظائف عقلية متنوعة، وتم تعييرها لقياس وفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من التاسعة حتى الرابعة عشرة. وبالإضافة إلى أن هذا المقياس يفحص القدرة على الرسم والذاكرة، فإنه يقيس القدرات العقلية المجردة، والتعرف الحسي المشخص، وقدرات أخرى. وبسبب أن عطب أو خلل المخ يؤثر في العديد من الوظائف النفسية، فإن لهذا الاختبار ميزة إمكانية فحص وتشخيص بعض المشكلات دون غيرها.

٣ ـ **الفحص العصبي**: إن الفحص العصبي المعير يتضمن النظر إلى العلامات العصبية المحددة والدالة على الاضطراب العصبي. إن العلامات أو الإشارات الجوهرية «الأساسية» هي المرتبة بالمنعكسات الناقصة وغير السوية. فالفشل في إظهار المنعكسات الأولية مثل منعكس الرضفة أو منعكس بابنسكي، تعتبر جميعها من العلامات الأساسية في الفحص. ويجادل علماء الأعصاب أيضاً في فحص استجابة بؤبؤ العين للضوء في المجال البصري

(كبقعة مظلمة مثلاً). إن فقدان الإحساس في أي جزء من الجسم أو فقدان إحدى الوظائف فيه يعتبر من العلامات والدلائل الهامة أيضاً. وبالإضافة إلى وجود علامات أساسية، توجد علامات خفيفة تدل على وجود الاضطراب العصبي، كالأطفال الذين يعانون من صعوبة في لمس أنوفهم بسباباتهم، كما ويظهرون علامة من علامات ضعف التناسق الحركي. وعلى العكس من العلامات الجوهرية الأساسية السابقة، إن العلامات البسيطة هذه ليست ثابتة ومرتبطة بشكل متجانس دوماً مع أعطاب وخلل في المخ.

٤ ـ فحص وتقويم عطب وخلل المخ بواسطة راسمة المخ الكهربائية: كثيراً ما تستعمل راسمة المخ الكهربائية Electroencephalograph(EEG) لتقدير نشاط المخ عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية. وتتضمن الطريقة وضع قطبين أو أكثر على رأس الطفل ويسجل النشاط الكهربائي للعمليات الداخلية. إن النشاط غير السوي للمخ يدل على الخلل في الوظيفة المخية لمنطقة أو أكثر من أجزاء المخ. وبالرغم من كثرة استعمال راسمة المخ الكهربائية هذه، في الطب العصبي وفي كشف الاضطراب، فإن لهذا الطريقة العديد من المساوئ والقيود، منها: ١ ـ أن القطب الكهربائي موضوع على قمة الرأس، وأن الشذوذ أو الاضطراب في الأبنية العميقة للدماغ قد لا تظهر ٢ ـ تستعمل راسمة المخ الكهربائية هذه مع الأطفال، وهناك نسبة تتراوح من ١٠ حتى ٢٠ من الأطفال الأسوياء يبدون غير طبيعيين وشاذين كما تظهرها راسمة المخ، مما يستدعي التساؤل عن صدق هذه التقنية.

يستخدم هذا الجهاز لمراقبة استجابة الدماغ للمثيرات المحيطية المتنوعة (كالضوء والصوت) حيث يظهر الدماغ استجابات ذات خصائص مميزة، هذه الاستجابة تسمى الجهد المتعلق بالحدث Event Related potential (ERP)، هذا الجهد عادة ما يختفي بسبب النشاط الأولى والأساسي للدماغ بصورة طبيعية، إلا أنه يزداد ويمكن قياسه ومراقبته حين تزداد الإثارة وتحدث التنبيهات العديدة، بحيث يمكن تمييزها وتحديد نمطها بدقة. وقد تم دراسة هذه الاستجابة الدماغية عند الأطفال بشكل مكثف في السنوات الأخيرة. وعن

طريق تقدير وفحص استجابة الدماغ للمثيرات الصوتية والضوئية يمكن استعمال الجهد المرتبط بالحدث كطريقة لكشف الاضطرابات البصرية وضعف السمع عند الأطفال المتخلفين عقلياً الذين لايمكن فحصهم واختبارهم بالطرق الطبيعية. وتتركز جهود العلماء على دراسة العمليات المعرفية والعقلية باستعمال هذه الطريقة على الأطفال ، وهي توعدنا بمزيد من الفهم لوظائف الدماغ والأداء المخي عند الأطفال المضطربين عصبياً.

٥ ـ **الصور الدماغية (صور المخ)**: على اعتبار أن الاضطراب العصبي يرتبط عادة بعطب وخلل في المخ ، فإن طرق الفحص والتقويم التشخيصي التي تتيح للعلماء رؤية المخ ، تعتبر من الطرق التشخيصية المعقدة والهامة. إن الشكل الذي تقدمه راسمة المخ الكهربائية EEG تعتبر صورة هامة لنشاط المخ. إلا أن الصور التي نحصل عليها بتقنية أشعة أكس X Ray تسمح لنا برؤية بنية المخ وتركيبه. وقد كانت صور الجمجمة بأشعة أكس ، وأداة قياس الجهد الرئوي ، والصور التي تبين عمل القلب هي التقنيات الشائعة. وبالرغم من أنها جميعها تعطي صوراً واضحة عن هذه الأعضاء الهامة ، إلا أن لها مخاطرها التي تفوق راسمة المخ الكهربائية ، والفحوص العصبية. وقد حلت أخيراً تقنية الرسم الطبقي المحوري بالكمبيوتر محل الطرق التقليدية ، حيث تعرض هذه التقنية صوراً تفصيلية لسطح الدماغ ومستوياته المختلفة العميقة التي تقع خلف السطح. وتتيح هذه التقنية كشف مركز العطب والخلل وتحديد موقعه في أي مستوى من مستويات الدماغ.

٦ ـ **الفحص والتقدير العصبي اليوم**: حتى وقت قريب كانت طرق الفحص والتقدير العصبي للأطفال تصيب حيناً وتخطىء حيناً آخر ، كما يقول ويري Werry ، وقد تحسن الوضع الآن ، حيث تستخدم تقنيات وطرق متعددة ومجتمعة في نفس الوقت. مثلاً ، الطفل الذي أحيل إلى المعالج النفسي بسبب أنه يعاني من مشكلات في التعلم والسلوك ، يمكن أن يطبق عليه عدد من الاختبارات النفسية والنفس عصبية في نفس الوقت. فإذا تبين منها أنه يعاني من اضطراب أو خلل عصبي ، فإن الخطوة التالية ، هي إحالته إلى طبيب

للأطفال وطبيب عصبي يجري عليه فحوصات عصبية متنوعة (باستخدام التقنيات السابقة الذكر كراسمة المخ الكهربائية ، والتصوير الشعاعي الطبقي . .) ، فهذه الفحوص تتيح لنا إجراء التشخيص ووضع خطة العلاج. ويجب التأكيد على أنه من النادر أن نستخدم طريقة أو تقنية واحدة.

أمراض اللغة واضطرابات النمو اللغوي:

تمهيد:

يقدم لنا الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية ، فئة من المشكلات التي تسمى اضطرابات النمو الخاصة. وتتضمن هذه الفئة ، اضطرابات القراءة والحساب واللغة. إن وجود هذه الأنواع في الدليل التشخيصي يتعرض للجدل ، لأنه يمكن تضمين أطفال ليست لديهم أية دلائل وأعراض مرضية. ومع ذلك هناك عدد كاف من الأطفال في كل نوع من هذه المشكلات تبرر إدخالهم فيها. وسنركز في حديثنا على اضطرابات نمو اللغة ، أما أمراض اللغة فسنتحدث عنها حين نبحث في الاضطرابات العقلية والعجز عن التعلم.

إن أذيات القشرة المخية عند الراشدين كالتعرض للصدمات مثلاً ، يمكن أن يؤدي إلى عجز حاد واضطراب في اللغة. إن مشكلات اللغة تكون متشابهة خاصة حين يحدث الأذى والعطب في النصف الأيسر للمخ (عند ٩٥٪ من الراشدين). وتسمى أمراض اللغة من هذا النوع باسم الأفيزيا aphasia وتأخذ عدداً من الأشكال. فربما يعاني الشخص من اضطراب في فهم اللغة التي يسمعها (الأفيزيا الاستقبالية) ، أو اضطراب في تسمية الأشياء (أفيزيا الأسماء) ، أو اضطراب في التعبير (أفيزيا التعبير) ، وقد تكون اضطراب في إعادة الكلمات وترديدها (أفيزيا التواصل). وفي الواقع فإن هذه الحالات نادرة الحدوث ، وأكثر الحالات ، يظهر الأفراد ضعفاً أو عجزاً في اثنين من هذه الوظائف اللغوية. والكثير من مرضى الأفيزيا يمكنهم استعادة لغتهم خلال فترة ستة أشهر تقريباً بعد الحادث ، ولكن بعضهم الآخر غير قابل للشفاء واستعادة اللغة.

إن الملاحظات التي كان موضوعها أطفالاً ، بينت أن بعضهم يبدون ضعفاً لغوياً يشبه بدرجة كبيرة تلك الموجودة عند الراشدين المصابين بالأفيزيا. ومع ذلك لا يوجد دليل يبين وجود أذى أو خلل في أدمغة هؤلاء الأطفال ، كما أن شفاءهم ليس مشابهاً لأفيزيا الراشدين. وفي الواقع ، وبسبب أن الأطفال في طور النمو بالدرجة الأولى، فمن غير الواضح والمؤكد الحديث عن الشفاء والعودة إلى الوضع الطبيعي. وفوق ذلك ، فإن أكثر الأطفال الذين يعانون من عجز لغوي ، قادرين على تطوير لغة خاصة ومناسبة ، ولكنهم يطورونها ببطء وخلال فترات طويلة. وبسبب هذه الفروق بين الأطفال والراشدين ، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، يفضل استعمال مصطلح اضطرابات نمو اللغة لوصف الأطفال الذين يعانون من عجز واضطراب لغوي ، بدلاً من المصطلح القديم الذي يساء استعماله وفهمه أفيزيا مرحلة الطفولة.

وصف الاضطراب وتشخيصه:

يضع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، ثلاثة أنواع لاضطرابات اللغة ، وأكثر هذه الأنواع شدة ، الفشل في تطوير أية لغة على الإطلاق، وتكون ناتجة عن تخلف عقلي. والنوع الثاني ، هو العجز اللغوي المكتسب الناتج عن صدمات ورضيات أو اضطرابات عصبية بعد نمو طبيعي للغة. والنوع الثالث ، هو اكتساب اللغة المتأخر والمعروف باسم: اضطرابات نمو اللغة. وبالرغم من اختلاف هذا النوع الأخير عن سابقيه ، فإن الأمر ليس كذلك دائماً. في الواقع إن أكثر حالات اضطرابات نمو اللغة ، إنما تنتج عن خلل وعطب عصبي أيضاً. من جهة ثانية يفرق الدليل بين اضطرابات اللغة الاستقبالية ، والتعبيرية بدرجة كبيرة أم صغيرة ونفس النمط المرافق لأفيزيا الراشدين. فاضطرابات اللغة التعبيرية تتميز بعدم قدرة الشخص على التعبير عن نفسه باستعمال اللغة المنطوقة والكلمات ، في حين اضطرابات اللغة الاستقبالية تتضمن عجزاً في فهم اللغة. وعلى الرغم من ذلك ، لم يتم تحديد فروقات واختلافات بين هذه الأنواع من الاضطرابات اللغوية ، والجدول

التالي ، يبين معايير هذه الاضطرابات كما وضعها الدليل التشخيصي :

الشكل المعبر الظاهري :

١ ـ الفشل في تطوير التعبيرات اللفظية (الترميز) للغة بغض النظر عن علاقتها النسبية بفهم اللغة.

٢ ـ وجود لغة داخلية (توجد مفاهيم لغوية تناسب العمر ، مثل فهم هدف واستعمال موضوع ما).

٣ ـ لا يعزى إلى تخلف عقلي أو اضطرابات النمو المنتشرة ، أو اضطراب السمع أو صدمة أو رضة ما.

النمط الاستقبالي :

١ ـ فشل في فهم اللغة وفي التعبيرات اللفظية.

٢ ـ لا يعزى إلى اضطراب في السمع أو صدمة أو رضة أو تخلف عقلي أو اضطرابات النمو المنتشرة في مرحلة الطفولة.

انتشار الاضطراب :

إن انتشار اضطراب اللغة وضعف التعبير اللغوي في مرحلة الطفولة ، يقدر بواحد من كل مئة طفل (١ من ١٠٠) ، أما اضطرابات الاستقبال فهي أقل من ذلك. وغالباً ما تظهر اضطرابات اللغة في نفس الأسر والعائلات.

التشخيص التفريقي :

يفرق الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية بين أمراض اللغة والتخلف العقلي. ففي التخلف العقلي ، يوجد انخفاض عام وملحوظ في الذكاء ، أما في أمراض اللغة فالذكاء غير اللفظي (العملي) لم يتأثر. فهؤلاء الأطفال يجب تمييزهم عن الأطفال المعاقين سمعياً ، فالأطفال المعاقون سمعياً يعانون من أداء شاذ في اختبارات السمع. ومع أن أمراض اللغة تحدث عند الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات والفصاميين وفي غيرها ، إلا أنها أعراضاً ثانوية فيها. إن اضطرابات نمو اللغة تختلف عن الأفيزيا المكتسبة التي تحدث بعد نمو سوي وطبيعي للغة ، في حين أن

أمراض النمو تسبق نمو اللغة. إن أمراض النمو تشخص عندما لا تعزى مشكلة اللغـة عند الطفل إلى حالة تخلف عقلي ، أو صمم أو اضطرابات انفعالية حادة.

هناك عدد كبير من الاختبارات المتاحة من أجل التقدير والفحص والتقويم التشخيصي للأداء اللغوي عند الأطفال ، أهمها: اختبار التقويم الإكلينيكي للأداء الوظيفي للغة من وضع العالمين سيمل وويلClinical Evaluation of Language Function ورمزه اختصاراً (CLEF) ، (Semel and Wiing 1980). ويضم الاختبار ١٣ مظهراً لاستقبال أو تلقي اللغة والتعبير اللغوي والتفكير التصوري والمجرد. ويجب أن نلاحظ أن أمراض اللغة لا تعزى إطلاقاً إلى أمراض في جهاز النطق (الشفة واللسان والأسنان). إن مشكلات التواصل الناتجة عن خلل في جهاز النطق يتم تصنيفها ضمن أمراض النطق والكلام ، تشبه كل صعوبات النطق والتلفظ الأخرى ، وحتى تلك التي تنتج عن خلل عضوي.

إن نوع اضطراب النطق والتلفظ المصنف بشكل مستقل في الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية هو اللجلجة. ويعرف الدليل ، اللجلجة Stuttering بأنها تكرار أو تطويل دائم للأصوات أو الكلمات ، أو التأتأة غير العادية ، أو التوقف الذي يتخلل السياق الطبيعي والنظامي للكلام والنطق. وتبدأ اللجلجة عادة مع بداية نمو اللغة عند الطفل (بين الثانية والثالثة من العمر ، ولكن أكثر المصابين بالاضطراب قادرون على الكلام والنطق السوي حتى سن الخامسة أو السادسة (أي مع دخول الطفل المدرسة). إن العلاقة بين بداية حدوث اللجلجة والعمر يفترض أن الضغط النفسي والتوتر مع دخول الطفل المدرسة ، ربما يساهم في تطوير هذا الاضطراب. إن هذا الاضطراب يكثر في الأسر الواحدة ، وهو عند الذكور أكثر منه عند الإناث بأربع أضعاف. ومع مرور السنوات قدمت نظريات عصبية ونفسية عديدة لتفسيره. وبالرغم من عدم وجود تفسير نهائي وحاسم لأسباب اللجلجة ، فإن عدداً من المعالجين السلوكيين قادرون على تحسين الأداء اللغوي لهؤلاء المضطربين.

مآل الاضطراب:

كما يتبين في الجدول ، فإن شدة اضطرابات اللغة ومسارها يعتمد على تحديد الفترة الزمنية أو العمر الذي بدأت فيها. على العموم فإن تأثير الأذيات الدماغية في نمو اللغة أكثر حدة عند الراشدين منها عند الأطفال ، وسبب هذه العلاقة هو القدرة النامية لنصف الكرة المخية غير اللغوي (الأيمن) ليضطلع بالوظائف والمهمات اللغوية عند الأطفال الأكبر سناً. إن مآل الاضطراب Prognosis يبدو حسناً بالنسبة للأطفال الذين يعانون من أذى بسيط في المخ أو لا يوجد عندهم مثل هذا الأذى ، مقارنة بأولئك الذين يتصفون بخلل عصبي واضح وشديد.

علاج الاضطراب:

إن العلاج السلوكي لاضطرابات اللغة والنطق هو العلاج المتبع مع الأطفال. وقد بحث عدد من العلماء نتائج التقنيات العلاجية في تحسين الأداء اللغوي عند الأطفال ، إلا أن بعضهم يشعر بأن اضطرابات اللغة تميل إلى التحسن مع المعالجة النفسية أو بدونها. إلا أنه لا شك في فائدة علاج أمراض النطق والكلام واللغة.

اضطراب الخرس الاختياري:

يذهب الأطفال أحياناً إلى علماء النفس بسبب أنهم يرفضون الحديث تحت بعض الظروف ، وخاصة أمام الغرباء أو المعلمين بالمدرسة. وأكثرهم يتحدث فقط مع عدد محدد من الأفراد فقط كالوالدين والأخوة والأقارب. ولهذا السبب فإن هذه الحالة تعرف باسم الصمت أو الخرس الاختياريElective Mutism التي تعني أن الطفل يختار الصمت في مواقف معينة. والحالة هذه ، تختلف عن الحبسة الكلامية ، وضعف السمع والعوامل الأخرى لعدم الكلام. إن الخرس الاختياري ليس اضطراباً في اللغة ، وبالرغم من عدم وجود اتفاق تام حول عوامله السببية ، إلا أن أكثرهم يعتقد بأن العامل الأساسي فيه هو القلق. وقد وجد أن بعض الحالات تستجيب بصورة جيدة للمداخلة العلاجية.

اضطراب توريت:

يسمى هذا الاضطراب، متلازمة أو تناذر توريت tourette,s Syndrome نسبة إلى الطبيب النفسي جورج جيلس توريت الذي اعتبره متلازمة أعراض تتميز بالحركات اللاإرادية المفاجئة. فالمريض سيكون طبيعياً وسوياً من الناحية العقلية، وذكاؤه وذاكرته لم يتأثرا، ولكن ما يميزه وجود لازمات حركية أو عرات Tics (وهي استجابات لا إرادية قهرية في الأطراف أو الوجه)، ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة. وفي السنوات الثلاثين الأخيرة، بينت الدراسات زيادة معدل انتشاره. في الواقع إن عدد الحالات المعروفة، وعدد التقارير العلمية عن هذا الاضطراب وعوامله قد زادت عشرة أضعاف ما كانت عليه سابقاً.

وصف الاضطراب وتشخيصه:

يوضح الجدول التالي، المعيار التشخيصي لاضطراب توريت كما بينه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

آ ـ بداية حدوث الاضطراب من سن الثانية حتى الخامسة عشرة.

ب ـ وجود حركات غير إرادية، ومتكررة وسريعة وغير هادفة تؤثر في العضلات جميعها.

ج ـ وجود لازمات لفظية متنوعة.

د ـ القدرة على ضبط الحركات إرادياً لدقائق أو ساعات فقط.

هـ ـ يختلف في شدة الأعراض لأكثر من أسابيع أو أشهر.

و ـ يدوم لأكثر من سنة.

إن المثال التالي يوضح اضطراب توريت: «السيدة (د) عمرها الآن ست وعشرون سنة، وعندما كان عمرها سبع سنوات عانت من حركات قهرية في اليدين والذراعين، وقد ظهر ذلك حين كانت تحاول كتابة رسالة. وبعد كل تشنج Spasm، كانت حركة يدها أكثر انتظامية واستواء وأفضل حتى تبدأ

الحركة القهرية المتسلطة التالية التي تحدث لتمنعها عن العمل. وقد اعتقدت أنها تعاني من استثارة عالية ، وبسبب تكرار هذه الحركات عندها فقد كانت تعاقب كثيراً. ومع تقدم الاضطراب ، ازدادت التشنجات لتشمل الصوت والنطق أيضاً حيث كانت تنطق بكلمات ليس لها معنى. ومع ذلك فإنها لم تظهر أية أعراض هذيانية أو ذهولية أو أية اضطرابات عقلية. وقد مضت أشهر وسنوات بدون حدوث أي تغيير في الأعراض. وكانوا يأملون أن تخف هذه الأعراض مع بداية البلوغ ، وقد أرسلت إلى سويسرا من أجل المعالجة من قبل اختصاصي في الأمراض العصبية ، وبعد مغادرتها سويسرا وعودتها للمنزل، بدت هادئة وشعرت بالحيوية ، ولم تبدي إلا القليل من الحركات القهرية. وبعدها تزوجت ، وعادت تلك الأعراض للظهور فجأة ، وبدأت الحركات اللاإرادية أكثر من قبل. لقد أظهرت الفحوصات وجود تقلصات وتشنجات متواصلة أو متقطعة تظهر لبعض الأوقات ، وتضمن هذه الحركات عضلات أعلى الذراعين ، وعضلات الوجه والأصابع ، وجهاز النطق والكلام. وفي منتصف فترة الحديث وبدون قدرته منها على التحكم ، كانت تقاطع وتتوقف أثناء حديثها. كل ذلك يرافقه يأسها مما تعانيه من سلوكيات شاذة ، هذه السلوكيات تعتبر بمثابة إجراء دفاعي ، وكلما زاد شعورها بالاشمئزاز واليأس من هذا الوضع تصبح أكثر قلقاً وعذاباً.

وصف الاضطراب:

إن تناذر توريت عادة يبدأ بين الثانية والخامس عشرة من العمر. وهو بين الذكور أكثر بثلاث مرات منه بين الإناث... ومع وجود فروق فردية ، فإن الأعراض الأولى عادة ما تكون لازمات وجهية (أي حركات وجهية لاإرادية) ، وإغماض للعين أو حركات استنشاق. ومع تعقد المرض يبدأ المريض بإظهار حركات في الرأس والرقبة والكتفين والقدمين. وعادة ، يظهر عند المصابين بهذا الاضطراب ألفاظ زائدة وشاذة ، وكثيراً ما يرافقها سعال Coughing ، وصيحات أو أصوات ، واستنشاق أو نشقات Sniffing ، وعند أكثر من نصف المرضى كلمات نابية وقذرة Obscene Speech (Coprolalaia). وكثيراً

ما تظهر اللازمات الحركية بالتناوب بحيث تظهر واحدة ثم تختفي لتحل محلها واحدة غيرها.

العوامل السببية:

إن اللازمات الحركية اللفظية المترافقة مع تناذر توريت، ليست تحت سيطرة الشخص وإرادته، لأنها تبدو أسوأ وأشد حين يكون الشخص متوتراً، وتقل حين يكون في حالة استرخاء. ولذلك فالأعراض تعكس غالباً اضطرابات انفعالية. وقد دعمت هذه النتيجة من خلال غياب هذه اللازمات والحركات أثناء النوم. ويبدو أن التوتر والضغط النفسي يلعب دوراً هاماً في تضخيم الأعراض وازديادها. وقد ركزت أكثر البحوث على الكيمياء العصبية للاضطراب، وتبين أن هلوبرايول Haloperidol (الدواء الذي يعالج به الفصام) يقمع أعراض توريت ويخفضها في أكثر الحالات، مما قاد إلى وضع فرضية تقول إن مرضى توريت، ربما عندهم زيادة في مادة الدوبامين Dopamine وأن دواء هلوبرايول يخفض هذه المادة الكيماوية. وقد دعمت هذه الفرضية حين تبين أن مستوى الدوبامين يميل إلى إحداث زيادة في شدة اللازمات والحركات القهرية المرافقة للاضطراب. ولأن وظيفة الدوبامين في الجهاز العصبي كونه ناقلاً عصبياً (مواد كيماوية تسهل عملية الاتصال بين الخلايا العصبية)، فإن عدداً من علماء الأعصاب يعتقدون بأن الاضطراب هو واحد من اتصال الخلايا العصبية.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

بالرغم من عدم معرفة مدى حدوث اضطراب توريت، إلا أن محاولات عديدة قد أجريت لتقدير حدوثه، ولكنها قد تأثرت بقيود العينة وعدم وضوح المعيار التشخيصي، وندرة الاضطراب. وقد بدا للمعالجين والباحثين، أن الاضطراب دون مستوى التشخيص الفعلي. وقد أظهرت بعض برامج التلفزيون الأجنبية في السنوات الأخيرة عدة حالات عن هذا الاضطراب، مشيرة إلى وجود عدد من الحالات غير المشخصة، والكثير من المرضى بالاضطراب لا يعلمون أنهم يعانون من هذا الاضطراب، وذلك بسبب صعوبة تشخيصه وتفريقه عن غيره من الاضطرابات المشابهة.

البحث والعلاج:

إن اضطراب توريت نادر الحدوث ، كما يندر أن يواجه المعالجون النفسيون هذا الاضطراب ، ومع ذلك فقد تم التركيز على هذا الاضطراب في السنوات الأخيرة ، وأجريت بحوث عديدة ركزت على العوامل والضغوط النفسية ، والعوامل الكيماوية المحدثة للاضطراب. وقد بينت إحدى النتائج ، أن اضطراب توريت يحدث في نفس العائلات ، وربما بين جماعات عرقية وثقافية معينة ، كما في أوروبة الشرقية واليهود مثلاً (Shapiro 1978). وكما هو الحال في كل الاضطرابات النفسية ، فإن هذا الاضطراب أكثر حدوثاً بين الذكور من الأطفال. كما لوحظ الفصام عند أسر المرضى باضطراب توريت. ويستجيب كلا الاضطرابين للعلاج بدواء هالوبريدل. كما أن الكلام البذيء Corpolalia (الأكثر ظهوراً في اضطراب توريت) قد لوحظ عند المرضى بالفصام والحبسة الكلامية. إن اللجلجة كثيرة الحدوث عند المصابين باضطراب توريت أيضاً. وهناك تشابه واضح بين مرضى توريت ومرضى اللجلجة الحادة. فمثلاً كلا الاضطرابين (توريت واللجلجة) يظهران لازمات حركية وتشنجات خاصة في بعض المواقف الانفعالية المهيجة والمثيرة ، وكلاهما يعالجان بدواء هالوبريدل. وإذا كانت اللجلجة أكثر حدوثاً في أسر المرضى المصابين بتناذر توريت ، فإن هذا يقدم دعماً للعلاقة بين كلا الاضطرابين ودور الناقلات العصبية في اضطرابات اللغة.

مع أن بعض الأدوية الحديثة قد تم استخدامها في معالجة اضطراب توريت ، فأظهرت فائدتها ، فإن الكثيرين يفضلون استخدام مركب الهالوبريدل. ولسوء الحظ فإن الآثار الجانبية لهذا العقار تبدو سيئة وشديدة ، وأنتج أدوية جديدة يكلف مبالغ طائلة أيضاً. أما بالنسبة للعلاج النفسي التقليدي ، فلم يُؤدِّ إلى تحسن واضح ، ولكن العلاج النفسي السلوكي قد تم تطبيقه كثيراً ، وأدى إلى نتائج أفضل. وقد أجرى شابيرو Shapiro دراسة حول البحوث السريرية التي استخدمت تقنيات العلاج السلوكي للاضطراب ، تبين له أنه بالرغم من اختلاف هذه الدراسات العيادية فيما بينها من حيث حجم

العينة في كل منها وطول مدة العلاج السلوكي المتبع ، وطول مدة المتابعة ، فقد قال بأنه من الصعب الوصول إلى حكم نهائي حولها. ومع ذلك فقد تبين أن ٢٥ من الحالات قد تحسنت بعد المعالجة السلوكية. وحتى يتم بلوغ العلاج الأفضل للاضطراب ، فإن اجتماع المعالجة الدوائية والسلوكية يعد أمراً ضرورياً.

اضطرابات التشنج:

الأساس والخلفية:

إن عدداً من الصدمات والإصابات الحادة على المخ ، قادرة على إحداث تخريب واضطراب فيه، مسببة بذلك التشنجات Convulsions أو نوبات مرضية. وهذه التشنجات والنوبات تأخذ أشكالاً عديدة ، تضم جميعها خللاً في الشعور والوعي ، ولكن بعضها فقط يرافقه اضطراب في السلوك الحركي. فبعض التشنجات والنوبات المرضية تكون ردود أفعال زائلة ومؤقتة للمرض (فالحمى الشديدة مثلاً تحدث واحدة من هذه النوبات والتشنجات) ، والتسمم ببعض المواد أيضاً (كبعض الأدوية والعقاقير) قد تحدث لمرة ولا تعود ثانية. وعندما يحدث هذه النوبات والتشنجات بانتظام ، فإننا نستعمل مصطلح الصرع لوصف هذه الحالة. فالصرع وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، ليس صنفاً تشخيصياً واحداً لأنه لا يعكس بالضرورة أي اضطراب نفسي. ولكن التشنجات والنوبات فيه تحدث عند الأطفال كثيراً لدرجة تستدعي البحث.

التشخيص والوصف:

هناك العديد من نوبات وتشنجات الصرع ، ولكن الأكثر شيوعاً النوبات التشنجية الكبرى التي تحدث في حوالي ٦٠ من حالات الصرع. وتضم نوبات الصرع الكبرى أربع مراحل:

الأولى: وتسمى النسمة aura يعاني الشخص خلالها من خبرة حسية غريبة تشبه الأحلام والرؤيا ، وأنه من عالم آخر ومن بعض الإحساسات العضلية غير

الطبيعية ، كالشعور بالوخز ، والارتعاش أو الانتفاض المفاجىء ، وفي هذه المرحلة إشعار للمريض بأن النوبة التشنجية ستحدث. ولسوء الحظ فإن أكثر الأطفال لا يظهرون هذه المرحلة ، في حين أن نصف الراشدين يمرون بها.

الثانية: وتسمى المرحلة النشطة التوترية Tonic حيث يفقد المريض فيها وعيه وتنقبض عضلاته بشدة ، وقد يسقط المريض على الأرض ويصرخ ، ويفقد قدرته على ضبط الإخراج ، وفي بعض الحالات يصبح لونه أزرقَ بسبب نقص الأكسجين.

الثالثة: وهي المرحلة الارتجافية أو الرعشة Clonic التي تضم الاهتزازات والرعشات والانتفاض المفاجىء. كما تنقبض العضلات بشكل متكرر ويخرج الزبد من الفم. وإذا لم تتم مساعدة الشخص فيمكنه أن يعض على لسانه ويؤذيه.

الرابعة: وهي مرحلة الغيبوبة أو السبات التي قد تستمر لساعة أو أكثر ويعقبها التعب والإعياء والصداع ونسيان ماحدث.

وهناك نوع آخر من النوبات التشنجية عند الأطفال تسمى النوبات الصغرى Petitmal التي تتميز عادة باضطراب مؤقت في الوعي (فقدان مؤقت للشعور) بدون تقلصات عضلية ، وتستغرق عادة عدة ثوانٍ ، ويمكن للمريض أن يعيها ، وأن يلاحظ التشنج الحاصل. ويحدث هذا النوع من النوبات التشنجية بنسبة واحد كل مئة نوبة في اليوم الواحد. وتبدأ النوبات عادة بين الأعمار ٤ ـ ٨ وتختفي في سن الثامنة عشرة ، حيث تبدأ حينها وعند الغالبية العظمى منهم (٢ من كل ٣ حالات) النوبات التشنجية الكبرى.

النوع الثالث من النوبات التشنجية يسمى الصرع النفسحركي Psychomotor epilesy وهو أندر من النوعين السابقين ، ويحدث بنسبة ١/ ١٠ من الأطفال المصابين بالصرع. ومع أن مظاهره تختلف ، إلا أنها تبدو على شكل غشية trance تستمر من بضعة دقائق حتى ساعات ويعاني فيها المريض من التشويش والضبابية والتشتت. وخلال النوبة النفسحركية قد يعض المريض على شفتيه ويقوم بحركات مضغ وكأنه يعلك ، والبعض يقوم

بحركات متنوعة مثل أخذ الملابس ولمها ، أو ضرب الآخرين وصفعهم ، ويبدو فيها غير قادر على استدعاء أي شيء حالما تنتهي النوبة.

بالرغم من أن هذه الأنواع هي الرئيسة للنوبات التشنجية ، فإن هناك فروقاً فردية في مظاهرها ، وذلك استناداً إلى الجزء الذي تعرض للعطب في المخ ، واستناداً إلى مدى انتشار هذا العطب والخلل.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

لقد بين لوبار وشوس Lubar and Shouse (١٩٧٧) أن واحداً من أصل ٢٥٠ فرداً يعاني حالة صرع ، وقد بين التشخيص أنه أكثر انتشاراً بين الذكور منه بين الإناث ، كما أن ٧٥٪ من الحالات تبدأ فيها النوبات الصرعية قبل سن العشرين ، مع أن الاضطراب ينشأ في مرحلة الطفولة ، إلا أنه غالباً ما يستمر طوال مرحلة الرشد.

الأسباب والعلاج:

بعض حالات الصرع لها أسباب محددة ومعروفة مثل صدمة على الرأس أو مرض في مرحلة الطفولة (كالتهاب السحايا). وعندما يتم تحديد الأسباب كما في هذه الحالة فإننا نسميها حالة أعراض صرع Symptomatic epilepsy ويعني هذا أن النوبات هي أعراض نتجت غن عوامل أساسها صدمة على الدماغ. إلا أن هناك الكثير من الحالات الصرعية عند الأطفال ، لا تعزى إلى سبب محدد، ونسمي هذه الحالة الصرع الذاتي ذا العلة المجهولة Idiopathic epilepsy ، ويحدث في مرحلة مبكرة من الحياة بالمقارنة مع أنواع الصرع الأخرى. وحوالي نصف المرضى يعانون من هذا النوع.

أما عن علاج الصرع، فيتبع معه العلاج الطبي والنفسي. ويتم العلاج الطبي باستعمال الأدوية لتخفيف نوبات الصرع ، وأكثرها استعمالاً المسكنات مثل الفينونباربيتال Phenobarbital وكذلك مضادات التشنج مثل ديلانتين dilation والأكثر حداثة تيغريتول tegritol وكلونوبين clonopin. إن أكثر من ٧٥٪ من المرضى تحسنت حالتهم وخفضت نوبات الصرع بسبب هذه

الأدوية. وقد استخدمت التغذية الراجعة الحيوية لضبط نوبات الصرع وحققت نتائج ملحوظة. وفي حالات قليلة، استخدمت الجراحة العصبية. وبالرغم من أهمية العلاج النفسي وقيمته الكبيرة في علاج النوبات التشنجية والصرعية، إلا أن تأثيره أقل في خفض نوبات الصرع. إن أكثر الحالات تعاني من أعراض صرعية وليس من نوبات تشنجية. فالقلق المرافق للنوبة والمخاوف المرتبطة بذلك وتناول المريض للدواء تجعله يعتقد أنه مختلف عن الآخرين، وهذه جميعها عوامل هامة تساعد في إزمان المرض ومعاناة المريض. من هنا تلعب المعالجة النفسية ودراسة شخصية المصاب، دوراً هاماً، وقد تبين أن العلاج الأسري، والإرشاد العلاجي والفردي، ضرورية لخفض حالة القلق والكآبة المرافقة للاضطراب المزمن ومعاناة المريض.

اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

تعرض اضطراب نقص الانتباه Attention Deficit Disorder (ADD) لدراسات عديدة، وتم التركيز على علاقته بغيره من الاضطرابات، كما سمي تسميات عديدة، أقدمها تسميته زملة أو تناذر ستراوس Strauss syndrome وزملة الطفل المفرط الحركة Hyperactive Child syndrome أو زملة النشاط الزائد، ويسمى الآن اضطراب نقص الانتباه (ADD).

وقد كان هذا الاضطراب موضوع اهتمام علماء النفس والأطباء النفسيين وأطباء الأطفال، ويعود تاريخ دراسته إلى الفريد ستراوس ورفاقه عام ١٩٠٥ حين عزلوا الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن الأطفال الذين يعانون من إصابات في المخ، وتبين وجود عدة مؤشرات وأعراض سلوكية ونفسية مرتبطة بإصابات المخ، وهذه الأعراض هي النشاط الحركي الزائد، والعدوانية، والاندفاعية والتخريب. وقد أشار ستراوس إلى أن هذه الأعراض يمكن استعمالها لتشخيص إصابات المخ في الحالات الغامضة حتى عندما لا يوجد دليل واضح على الإصابة العصبية. ومن بين هذه الأعراض كان النشاط الزائد أو فرط النشاط هو المظهر المميز والمؤشر لتلك الإصابات. وقد أشار

ستراوس إلى أن الأطفال مفرطي الحركة مصابين بصدمة دماغية ، إلا أن العلماء الأولون لم يوافقوه الرأي.

إن من غير الصحيح اعتبار كل الأطفال ذوي النشاط الزائد مصابين في المخ. ولكن الأثر الهام لدراسة ستراوس ، هي أن المفهوم الذي استخدمه وهو الإصابة المخية الدنيا (الحد الأدنى لأذى المخ). وبسبب كون العديد من الأطفال ذوي النشاط الزائد لا يظهرون دلائل إصابات في المخ تفوق غيرهم ، فقد أصبح من المهم النظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم يعانون من أذى في المخ. ولعدة سنوات أخرى فقد وجد العلماء أن هناك أعراضاً سلوكية أخرى للذين يعانون من إصابة مخية غير النشاط الزائد والاندفاعية والتخريب التي ذكرها ستراوس ، وإنما يعانون من أعراض أخرى أيضاً هي فترات الانتباه القصيرة ، وعدم الثبات الانفعالي ، والعجز الإدراكي الحركي ، وترتبط هذه الأعراض بالعجز عن التعلم والأعراض العصبية المشابهة. وقد سمى بعض العلماء إصابة المخ الدنيا زملة فرط النشاط ، معتبراً الحركة الزائدة أهم الأعراض فيها.

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية ، فقد اعتبر اضطراب نقص الانتباه من أهم اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة ، وأنه يرافق دوماً بالنشاط الزائد (اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائدAttention Deficit Disorder and Heperactivity) ورمزه اختصاراً (ADDH). وبالرغم من أنها قد تنتج عن إصابة في المخ ، إلا أن الأطفال المصابين به ، يعانون من اضطرابات دراسية ، ومستوى النشاط ليس هو العقبة الرئيسية فيها ولكنه يرافق به دوماً لذلك جاءت تسميته حديثاً اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

الوصف والتشخيص:

مثال لحالة نقص الانتباه:

«أحيل ستانلي إلى المعالج النفسي من قبل معلمه. عمره تسع سنوات ، ويحتاج إلى متابعة مستمرة وإشراف لكي يشد المعلم انتباهه ويمنعه من الشرود

ومن توزيع انتباهه إلى رفاقه في الصف. قال المدرس إنه غير قادر على التركيز على دروسه لأكثر من بضع دقائق، وهو دائم الحركة، حتى لو كان جالساً، فإنه كثير الحركة والدوران نحو رفاقه. وقال أيضاً: إنه كثير الحركة في المنزل، كما أنه لا يستمر على القيام بأداء عمل ما لمدة تزيد عن دقائق، وأحكامه ضعيفة، ومشدوه، كما أنه لا يعود إلى المنزل في الوقت المحدد.

لقد تم تشخيص حالة ستانلي على أنها اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد، وقد تضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية معيار هذا الاضطراب على الشكل التالي:

١ ـ ضعف الانتباه: يجب أن تتواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل:

ـ غالباً ما يفشل في إنهاء أو إكمال الأشياء التي بدأ بها.

ـ غالباً لا يصغي للآخرين.

ـ سهولة التشويش.

ـ عنده صعوبة في التركيز على الأعمال المدرسية التي تتطلب تركيز الانتباه.

ـ عنده صعوبة في التوقف عن اللعب الحركي والنشاط.

٢ ـ الاندفاعية: يجب أن تتواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل:

ـ التصرف قبل التفكير.

ـ الانتقال السريع من نشاط إلى آخر.

ـ صعوبة تنظيم العمل (ويعود هذا إلى الخلل المعرفي).

ـ بحاجة إلى إشراف مستمر.

ـ غالباً ما يصرخ في الصف.

ـ صعوبة العودة إلى اللعب ومواقف الجماعة.

٣ ـ النشاط الزائد: ويجب تواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل:

ـ يتنقل كثيراً بين الأشياء.

- عنده صعوبة في الثبات والاستقرار.
- يتحرك كثيراً أثناء النوم.
- متسرع دائماً ويتصرف كأنه مدفوع بدافع.
- صعوبة الجلوس بثبات على الكرسي.

٤ - البداية قبل سن السابعة.

٥ - يدوم لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

٦ - لا يعزى إلى الفصام أو الاضطرابات الانفعالية أو إلى التخلف العقلي.

إن تطبيق هذا المعيار التشخيصي يجب أن يتم بالاستناد إلى مرحلة نمو الطفل. ومن المهم أن نلاحظ أن هذه الأعراض قد لاتدوم طويلاً. وكثيراً ما تلاحظ في المدرسة أكثر من البيت. ويطبق هذه المعيار على الأطفال بين سني الثامنة والعاشرة.

أدوات تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

هناك محاولات عديدة لوضع وتطوير قوائم فحص ومقاييس لتشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بعضها مخصص للوالدين وبعضها للمعلمين. والجدول التالي (رقم ٥) يضم مقاييس تقدير وضعت لتشخيص هذا الاضطراب. والبند رقم ٥ فيه: يتطلب من المفحوص أن يصدر حكماً عما إذا كان الطفل مفرط النشاط. وبسبب أن الناس يملكون تعريفات مختلفة لمعنى فرط النشاط أو الحركة الزائدة، فإن من غير الواضح أن يتفق حكمان على وصف طفل واحد بأنه حركي وذو نشاط مفرط، ولهذا السبب لا يوجد اتفاق بين مقياسين من مقاييس التقدير أو قوائم الفحص التشخيصية. من هنا لا يوجد بديل عن اتباع الملاحظة السلوكية.

البند ؟	أبداً	قليلاً	كثيراً جداً
١ - يجلس وهو يمسك بشيء ما يحركه.			
٢ - يهمهم ويصدر أصواتاً.			

٣ ـ ينهار تحت ضغط الامتحان.

٤ ـ تنسيق ضعيف.

٥ ـ دائم الحركة والنشاط.

٦ ـ متهيج ومستثار.

٧ ـ ضعيف الانتباه.

٨ ـ صعوبة في التركيز.

٩ ـ حساسية زائدة.

١٠ ـ كثير الحزن.

١١ ـ الأنانية.

١٢ ـ إيذاء أطفال آخرين.

١٣ ـ مشاكس.

١٤ ـ ثرثار.

١٥ ـ يتصرف بعنف وقسوة.

١٦ ـ سلوك تخريبي.

١٧ ـ يكذب.

١٨ ـ يسرق.

١٩ ـ انعزالي عن الآخرين.

٢٠ ـ غير مقبول من الآخرين.

٢١ ـ سهل الانقياد.

٢٢ ـ تنقصه القيادة.

٢٣ ـ لا يتفاعل مع أفراد الجنس الآخر.

٢٤ ـ خاضع.

٢٥ ـ متحد.

٢٦ ـ خجول.

٢٧ ـ وقح أو صفيق.

٢٨ ـ متخوف.

٢٩ ـ عنيد.

٣٠ ـ غير متعاون.

٣١ ـ قليل المبادأة.

إضافة إلى قوائم الفحص، هناك الملاحظة السلوكية، والأدوات الميكانيكية التي تقيس حركات الطفل، وكذلك الاختبارات النفسية المعيرة مثل اختبارات الذكاء، فهذه جميعها تستخدم لتشخيص وتقدير اضطراب نقص الانتباه. وقد بين بعض العلماء أن القليل من هذه الأدوات موثوق، ويمكن الاعتماد عليه، وأن هناك القليل من الاتفاق بين هذه الاختبارات، ويعني هذا أن الاختبارات لا يوجد بينها درجة عالية من الاتفاق في تحديد من هو الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه والنشاط الزائد، ولذلك يفضل اعتماد أدوات ومقاييس متنوعة.

إن حقيقة كون اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد متعدد الأبعاد والمظاهر قد لاقى تأييداً من عدد من الباحثين ومن المعيار التشخيصي والإحصائي السابق ذكره أيضاً. وقد افترضت عدة دراسات وجود نوعين: الأول، نمط اضطراب الانتباه المرافق بالعدوان(ضعيف الانتباه العدواني)، الذي يعاني فيه الطفل من الصعوبات الشخصية والاجتماعية التفاعلية، والثاني، نمط اضطراب الانتباه بدون عدوان (ضعيف الانتباه غير العدواني) ويعاني فيه الطفل من صعوبات دراسية وتحصيلية.

انتشار وحدوث اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

لقد بينت العديد من الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كثير الحدوث، وأن ٣٪ من أطفال المدارس الابتدائية يعانون من هذا

الاضطراب (Cole 1975) ، كما أن ٥ ـ ١٠ من أطفال سن المدرسة يعانون من الاضطراب ، وبعضها الآخر وجدت أن النسبة أعلى من ذلك وأنها تصل إلى ٢٠ تقريباً (Whalen and Hanker 1980). إن الاضطراب أكثر حدوثاً بين الذكور منه بين الإناث ، وبمعدل يتراوح بين ١/٣ حتى ١/٩ .

المآل والمتابعة(إنذار الاضطراب):

السؤال الرئيسي المتعلق بالأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، هو ما يحدث لهم مع تقدمهم بالعمر (أي ما سيؤول إليه الاضطراب). لقد أكد بعض العلماء أن الاضطراب (وخاصة النشاط الزائد) يقل مع العمر ، في حين قال البعض الآخر العكس.

لقد توصلت بعض النتائج إلى أن عدم مواجهة أو علاج الاضطراب يزيد من خطر التعرض للسلوك اللااجتماعي (كالسرقة والتخريب والكذب) ، ويزداد استعمال المواد المؤثرة عند الفتيان الصغار الذين تطور عندهم السلوك اللااجتماعي. إن المراهقين في سن الثالثة عشرة أو يزيد يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قد بدا عليهم الاندفاعية الزائدة والتشويش في البيت والمدرسة ، وكانوا أكثر قلقاً وأقل صبراً. أما بالنسبة للتحصيل الدراسي ، فبدا أنهم أكثر تسرباً من المدرسة، وأكثر رسوباً ، وتزداد منازعاتهم مع رفاقهم ومع مدرسيهم. وبالرغم من أن هذه الاضطرابات السلوكية أكثر حدوثاً في مرحلة الدراسة المتوسطة ، فإنها ظهرت أيضاً في مرحلة الدراسة الثانوية والعليا(عبد الله ١٩٩٤).

عوامل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

لقد لاحظنا سابقاً كيف نظر بعض العلماء إلى اضطراب نقص الانتباه على أنه ناتج عن خلل في المخ (الحد الأدنى لخلل المخ) ، ولكن لا يوجد الكثير من البحوث التي تدعم هذه العلاقة (السببية) بين خلل المخ واضطراب نقص الانتباه. عموماً فشلت هذه البحوث في إظهار علاقة محددة بين اضطراب نقص الانتباه والخلل المخي العصبي المحدد. فبعض الأطفال الذين يعانون من خلل واضح في المخ لم يظهروا نقصاً في الانتباه ولا نشاطاً مفرطاً. وقد فشلت بعض

الدراسات في إظهار فروق جوهرية بين الأطفال ضعيفي الانتباه وأولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى استناداً إلى العوامل البيوكيماوية. عموماً أجريت الكثير من البحوث وتوصلت إلى العوامل التالية:

١ ـ التسمم بالرصاص: لقد أجرى دافيد من خلال البحوث العديدة حول التسمم بالرصاص دراسة لإظهار العلاقة بين مستويات الرصاص وفرط النشاط، وتبين أنه حتى في حال غياب التسمم بالرصاص، فإن عدداً من الأطفال وخاصة ذوي المستوى الاقتصادي المتدني قد أظهروا مستوى عالياً من الرصاص بالدم. وقد قسم دافيد الأطفال إلى أربعة مجموعات: الأولى، تضم الذين يحتمل أن يكون سلوكهم مستنداً إلى تاريخ مرضي عضوي، والثانية، الذين افترض وجود سبب عضوي لحالتهم، والثالثة، تضم الذين لهم تاريخ في التسمم بالرصاص، والرابعة أولئك الذين لم تتحدد عوامل إصابتهم. لقد تم مقارنة مستوى الرصاص في المجموعات الأربعة مع أولئك الأطفال الذين لا يعانون من فرط النشاط. وقد تبين أن الأطفال الذين يتميزون بالنشاط المفرط ولا يوجد عندهم عوامل عضوية محددة، كان عندهم مستوى عال من الرصاص مقارنة مع أطفال المجموعة الضابطة. أما الأطفال الذين تبين وجود خلل عضوي محدد يقف وراء أعراضهم المرضية، فكان مستوى الرصاص عندهم مشابهاً لأفراد المجموعة الضابطة. وقد أثبتت هذه الدراسات وجود علاقة بين مستوى الرصاص بالدم وبين عرض أو أكثر من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد. وهناك دراسة قام بها دافيد وهو فمان وسفيرد (David, Hoffman and Sverd 1977) قدمت أدلة جديدة تدعم العلاقة بين مستويات الرصاص بالدم واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وبما أن مستويات الرصاص تزداد عن طريق تنفس دخان السيارات والآلات ومعامل صهر المعادن وخاصة الرصاص؛ فإن الأطفال سيعانون من آثار ذلك أكثر من الأطفال الذين يعيشون بعيدين عن مثل هذه الأمكنة.

٢ ـ الخلل والشذوذ الجسمي: لقد أثبتت دراسات عديدة قام بها والدروب وزملاؤه، الدور الذي تلعبه العوامل البيوكيماوية في اضطراب نقص الانتباه.

وقد فحص هذا العالم العلاقة بين عدد حالات الشذوذ الجسمي في نمو الجنين وبين النشاط الزائد في فترة لاحقة ، وتتضمن هذه الشذوذات والاضطرابات الجسمية الضعف البدني ، والتشوهات مثل محيط الرأس ، والأذن ، واللسان وأصابع اليد والقدم. وقد تبين وجود علاقة وثيقة وذات مغزى بين درجة هذه الشذوذات وبين فرط النشاط ، وكلما زادت هذه التشوهات زادت حالات فرط النشاط. وقد توصل جيلبرج إلى نتائج مشابهة أيضاً ، فالأطفال الذين يعانون من هذه التشوهات يصبحون أكثر عرضة لفرط النشاط لاحقاً ، كما أن أمهاتهن قد عبرن عن شكاوي كثيرة أثناء الحمل. وقد ثبت أن هذه التشوهات والشذوذات الجسمية مرتبطة بخلل في نشاط المخ الكهربائي كما تقيسه راسمة المخ (EEG) مما يدل على وجود علامات خلل عصبي. وقد شدد روس وبلهام (Ross and pelham 1981) أن مثل هذه التشوهات لا ترتبط بالضرورة بخلل عصبي ، وأنه إذا لم يثبت وجود خلل عصبي مع مثل هذه التشوهات ، فإن من غير الواضح التنبؤ باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وفوق ذلك فإن العلاقة الموجودة بين مثل هذه الشذوذات وفرط النشاط ، حتى لو كانت ذات مغزى إحصائي ، فإنها تقدم تنبؤاً ضعيفاً بفرط النشاط لاحقاً.

٣ ـ الإثارة العضوية والاستجابية : بالرغم من أن أكثر الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه لا يوجد عندهم خلل عصبي ، فإن عدداً كبيراً من الدراسات قد أجريت في العقود الأخيرة لفحص إمكانية وجود فروق سيكوفيزيولوجية بين هؤلاء الأطفال ومقارنتهم مع الأسوياء ، وقد استخدمت مقاييس عديدة مثل استجابات القلب ، وضغط الدم ، واستجابة الجلد الغلفانية، وموجات المخ ، وقورنت عند المرضى والأسوياء تحت ظروف متنوعة. وقد بينت النتائج وجود فروق بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وبين الأسوياء في هذه الاستجابات للمثيرات المتنوعة ، كما وجدت هذه الفروق في فترات الراحة أيضاً ، ولكن الأطفال المصابين بالاضطراب كانوا أقل في الاستجابة للمثيرات ، كما كانت استجابتهم العضوية لها أبسط أيضاً ، في أن استجابتهم كانت أسرع من المعتاد. واستناداً إلى هذه

النتائج فقد افترض الباحثون ، أنه على الرغم من أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه لم يكونوا أدنى أو أعلى إثارة في فترات الراحة ، فإنهم قد يكونوا أقل استجابة للمثيرات من الأطفال الآخرين. وقد أثبتت دراسة للعالم زينتال ، أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، يملكون حالة متدنية من الإثارة والتنبه ، وأدنى من المعتاد ، كما أنهم كثيرو الانشغال بأنشطة إضافية تزيد من مستوى إثارتهم. يتصف هؤلاء الأطفال بأنهم يبحثون عن الاستثارة seeking stimulatoin وهذه الفرضية تفسر قيمة المنبهات من الأدوية في معالجة فرط النشاط ولكن ليس بالنسبة لنقص الانتباه.

٤ ـ ضعف الانتباه: لقد ركز عدد من الباحثين على دراسة طبيعة نقص الانتباه وفرط النشاط ، ووجدوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من صعوبات في حفظ الانتباه مع مرور الوقت. وبسبب كون أكثر الأطفال الذين تمت دراستهم من قبل دوغلاس ورفاقه ، كانوا يعانون من صعوبات في التعلم ، فإن من الصعب عزو هذه النتيجة إلى فرط النشاط أو إلى صعوبات التعلم. وفي كل الحالات ، لاحظ روس وبلهام أن عدداً من الأطفال مفرطي النشاط يبدون قادرين على مشاهدة التلفزيون لفترات طويلة ، وفوق ذلك فإنهم قادرين على حفظ انتباههم في ظروف معينة. وبالطبع فإن فشلهم في حفظ الانتباه وتركيزه في المواقف التجريبية ، يعكس ضعف الدافعية أو الأداء أكثر من كونه ضعفاً في القدرة.

٥ ـ العوامل الجينية (الوراثية): لقد درس عدد من العلماء ومنهم كانتويل Cantwel وماكمان Macman دور العوامل الوراثية في اضطراب نقص الانتباه ، وتجمعت أدلة علمية عن حدوث فرط النشاط وانتشاره بين الأقارب كما هو الحال بالنسبة لانتشار الكحولية والسيكوباتية وغيرها. إن الدرجات العالية من انتشار فرط النشاط بين التوائم يفترض وجود عوامل وراثية وراءها.

٦ ـ **ملاحظة ختامية حول الأسباب**: يبدو من خلال فحص عوامل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أن من الصعب القول بوجود عوامل عضوية أو خلل

في المخ وراء الاضطراب ، وفوق ذلك فإن البحوث التي أجريت على العلاقة بين مستوى التسمم بالرصاص وفرط النشاط ، ودور العوامل الوراثية ، تشير إلى احتمال كون العوامل البيولوجية تلعب دوراً هاماً في تطور الاضطراب.

علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط:

إن علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يشبه علاج الاضطرابات النفسية الأخرى ، والتركيز يكون على الأعراض المرافقة له ، ومن هذه الطرق العلاج الدوائي ، والعلاج النفسي والمداخلة التربوية.

١ ـ العلاج الدوائي: لقد بينت عدة دراسات ، أن من ٦٠ حتى ٩٠٪ من الأطفال ذوي النشاط الزائد يستجيبون جيداً للأدوية المنبهة (المنشطات) ، وأن أكثر أشكال السلوك التي تحسنت بهذه الأدوية هي قدرة الطفل على تحسين انتباهه وتركيزه. إن الأدوية المنبهةStimulants تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ، ولكن لم يعد لماذا ، وبسبب الآثار الجانبية التي تحدثها هذه الأدوية (مثل انخفاض الشهية ، واضطراب النوم ، والصداع وآلام المعدة ، والدوخة. .) فإن عدد من المعالجين يركزون على ما أسموه عطلة أو راحة الدواء خلال فترة العطلة الدراسية. وقد استخدمت أدوية عديدة في معالجة الاضطراب والأعراض المرافقة له ، منها مضادات الاكتئاب ، والمثبطات ، ولكنها جميعاً لم تحدث تقدماً ملحوظاً. وأفضل الأدوية المستخدمة حالياً والتي ثبتت فعاليتها هو Methylphenidate الذي يعطى بجرعات من ٤٠ ـ ٦٠ ملغ ، مرتين أو ثلاث مرات في اليوم ، هذا بشكل عام ولكن يبقى هناك بعض الاعتبارات الفردية في كل حالة. عموماً لا تشكل التأثيرات الجانبية مشكلة ، فربما يحدث اضطراب في النوم أو في الشهية ، ولكنها لا تستحق الاهتمام ، خاصة وأن هذه الدواء هو الأكثر استعمالاً من بين المنشطات الأخرى بسبب تأثيراته الجانبية الضعيفة بالمقارنة مع الأدوية الأخرى مثلDextroamphetamine (عبد الله ١٩٩٤).

٢ ـ العلاج النفسي: لقد استخدمت تقنيات العلاج المعرفي في هذا الاضطراب ، وأساس هذه الطريقة هو تعليم الأطفال أسلوب الحديث الذاتي

الذي يتيح لهم الاحتفاظ بانتباههم إلى المهمات المتنوعة لما يريدون التحدث عنه أو ما يقومون به من أفعال. وبالرغم من الدراسات العديدة التي دعمت هذه التقنية ، إلا أنها تواجه صعوبات في تعميمها على كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه. وتعتمد هذه الطريقة عموماً مع المراهقين من المصابين بالاضطراب ، حيث يتم إعادة البناء المعرفي وطريقة التفكير ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى ، فإن المصابين بالاضطراب يعانون من علاقة مضطربة في العائلة وخارجها كثيراً ما يسبب الارتباك والفوضى ، فيرافق هذا العلاج مع المعالجة النفسية الاجتماعية التي تسمى العلاج الأسري أو علاج العائلة وذلك لتحسين العلاقات الاجتماعية وتطوير السلوك الاجتماعي.

لقد استخدمت طرق الاشراط الإجرائي أيضاً ، وذلك من أجل تعزيز انتباه الأطفال على المهمات، وإيقاف أشكال السلوك التخريبي في الصف. كما تم إدخال الأهل والمعلمون في هذه التقنية لمساعدة الأطفال في تعميم أشكال السلوك السوي خارج نطاق الصف .

٣ ـ التربية الخاصة: تم تصميم عدد من الطرق التربوية لمعالجة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، وذلك بهدف دعم قدرة الطفل على الإفادة من التعلم الصفي ، وخفض نشاطه الزائد ، وتركيز انتباهه. وقد لاحظ عالم النفس زينتال أن الطرق التقليدية تستند إلى افتراض أساسي قدمه ستراوس حول طبيعة فرط النشاط ، هذا الافتراض الذي يقول أن الأطفال مفرطو النشاط عندهم خلل في المخ وغير قادرين على تمييز المثيرات التي تعزى إلى المشكلات الإدراكية ، وكثافة هذه المثيرات على الشخص تحدث عنده نشاطاً مفرطاً. ولذلك يجب خفض هذه المثيرات عن طريق تعليم الطفل مفرط الحركة أن يميز بين هذه المثيرات ويجردها أو يعزوها قدر الإمكان ، ومن الضروري تحديد المستوى المثالي والمناسب من الإثارة والتنبيه حتى تتكامل مع تعديل السلوك .

* * *

الفصل السادس
الاضطرابات العصابية والسلوكية في مرحلة الطفولة

القلق :

سنركز في هذا الفصل على الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة ، هذه الاضطرابات أقل حدة من اضطرابات النمو التي تحدثنا عنها في الفصل السابق ، ولكنها تسبب مشكلة لكل من الطفل والأهل. وسنبحث في هذا الفصل أهم أشكال هذه الاضطرابات مثل: القلق الزائد ، الانسحاب والتجنب ، قلق الانفصال، المخاوف المرضية ، الوساوس المتسلطة. وعلينا قبل ذلك أن نتحدث عن التفسير النفسي الدينامي والسلوكي للاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة .

التفسير السيكودينامي والسلوكي للاضطرابات العصابية :

إن السؤال المنطقي الأول الذي نسأله في بداية الحديث عن الأعصبة ، هو إلى ماذا يعزى مصطلح العصابNeurosis ؟ لقد استخدم هذا المصطلح كثيراً حتى من غير المتخصصين ، لذلك علينا أن نوضحه بدقة.

لقد بينت الدراسات النفسية وآداب علم النفس المرضي وجود فروق واضحة في الرأي حول العصاب ، وخاصة بين الاتجاهين الدينامي والسلوكي. وتبدو هذه الفروق واضحة من عرض الوصف والتفسير المختلف للعصاب عند

أصحاب هذين الاتجاهين. إن إحدى الحقائق التقليدية للعصاب قد ذكرتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين في دليلها التشخيصي والإحصائي الثاني للأمراض النفسية (Dsm11) حين ذكر أن: «القلق هو الخاصية الرئيسية للاضطرابات العصابية جميعها. إنها تظهر بصورة مباشرة، ويمكن ضبطه بشكل مستقل عن رد الفعل المعاكس، والإبدال، أو التحويل وغيرها من آليات الدفاع الأولية. عموماً، فالعصاب ـ عكس ـ الذهان لا يتظاهر بأنه انسحاب من الواقع أو على شكل تفكك في الشخصية».

إن الوصف الثاني للعصاب قدمه فريق من مستشاري الطب النفسي في تعريفهم للعصاب على أنه: اضطرابات تستند إلى صراعات لا شعورية متعلقة بالدوافع العدوانية والجنسية، تم تحويلها عن مجرى الشعور بواسطة آليات دفاعية كالنكوص، ولكنها تبقى فعالة ولم تجد حلاً. ويعتبر القلق على أنه إشارة خطر موجهة إلى الأنا، فتتحول هذه الصراعات المهددة للأنا بواسطة آليات الدفاع، إلى أعراض نفسية تعمل بشكل رمزي على حل الصراعات، ولكنها حلول وأساليب غير فعالة وغير صحية.

يميز كيسلر Kessler بين العصاب والمشكلات الأخرى عند الأطفال بقوله: «العصاب النفسي يرادف أحياناً الاضطرابات الانفعالية وذلك تمييزاً لها عن الذهانات Psychosis التي تعتبر أشد خطورة، كما تتميز عن الاضطرابات النفسية والسلوكية الناتجة عن خلل عضوي. إن العصاب شكل خاص من الاضطرابات الانفعالية. وإذا كانت الأعراض السلوكية مرتبطة مباشرة بالبيئة السيئة أو ناتجة عن فشل في التربية وضعف التدريب، فإن الطفل يشخص على أنه يعاني من عصاب نفسي.

التعريفات والأوصاف الثلاث السابقة للعصاب تستند إلى النموذج أو الاتجاه الطبي في علم النفس المرضي، والذي يرى أن الأعراض المرضية هي تظاهرات سطحية لصراعات نفسية تقف خلفها. إن هذا التفسير الدينامي للعصاب ينظر إلى أعراضه على أنها حلول لخفض الصراع بين مكونات الشخصية الثلاث (الهو، والأنا، والأنا الأعلى) لمواجهة التهديد والخطر

الناتج عن الدوافع المتصارعة وخاصة الجنسية والعدوانية منها، فتعكس الأعراض بشكل رمزي طبيعة هذه الصراعات اللاشعورية وتعمل بذلك على حماية الفرد من القلق الناتج عن الصراع النفسي».

لا يفسر جميع علماء النفس العصاب بهذه الطريقة (السيكودينامية) فيستعمل بعضهم مصطلح العصاب للإشارة إلى أشكال محددة من السلوك اللاتكيفي (مثل استجابات التجنب والأفعال القهرية) بدون الإشارة إلى أسبابه الأساسية. في حين أن علماء النفس والمعالجون السلوكيون ينظرون له على أنه من أشكال السلوك الناتج عن التعلم، وبالتالي يعتبر العصاب سلوكاً متعلماً وفق نفس المبادىء التي يخضع لها تعلم أي سلوك سوي آخر (مثل مبادىء الأشراط، والأشراط الإجرائي، والتعلم بالملاحظة، والاقتداء بنموذج..). ويتبين هنا أنه لا يوجد تفسير يوضح الأسباب الأساسية للعصاب يتجاوز العوامل البيئية. وبالإضافة إلى هذين التفسيرين (السيكودينامي والسلوكي) للعصاب، هناك فروق جوهرية وذات مغزى في الرأي حول طبيعة السلوك العصابي، هذه الفروق في الآراء تعكس العوامل السببية عند كل فريق من حيث إرجاعها أساساً إلى فئتين من العوامل: داخلية في الفرد نفسه، وخارجية من البيئة والمحيط الخارجي. وقد وصف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية العصاب بأنه: يعزى إلى الاضطراب النفسي الذي يسود فيه عرض أو عدة أعراض مسيطرة بحيث تقلق الشخص وتضايقه، وتكون غير مقبولة منه ومرفوضة من الأنا. وهو سلوك لا يخالف قيم المجتمع ومعاييره ولكن الأداء قد يصيبه الخلل ويستمر الاضطراب أو يعاود الحدوث إذا لم يتم علاجه، ولا يقتصر على ردود الفعل نحو الضغوط النفسية، كما لا توجد له عوامل عضوية مسببة.

يتبين لنا أن الاضطرابات النفسية العصابية، تشير إلى مجموعة من المشكلات التي تشترك بعدد من الخصائص العامة سنوضحها هنا.

الخصائص العامة للعصاب:

تأخذ الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة عدة أشكال. وبالرغم من أن

مظاهرها السلوكية مختلفة فيما بينها ، إلا أن لها مظهراً (عرضاً) واحداً مشتركاً ، هو وجود مستوى عال من القلق ، باعتباره العامل الجوهري فيها جميعها كما قال دافيدس Davida. إلا أن كيسلر قد أضاف مظهراً آخر هو أن الفرد يعاني من مؤثرات بيئية مختلفة بحيث يبدو مهتاجاً وخائفاً. ويجب التمييز بين الأطفال الذين صنفوا على أنهم مصابون بالعصاب ، وأولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى. وقد استخدم أحد العلماء طريقة التحليل العاملي لواحد وعشرين بنداً يمثل كل واحد منها عرضاً مرضياً في قائمة الفحص التي استخدمها ، وطبق الدراسة على ٦٠٠ طفل وطفلة يعانون من مشكلات نفسية وطبنفسية متنوعة. إن العامل الأساسي الذي استخدم هنا الداخل والخارج (أي المشكلات الداخلية والمشكلات الخارجية): ويعني ذلك الأعراض التي تبدو في العمود الأول الإيجابي وترجع إلى الذات أو الأنا ، مقابل الأعراض التي تبدو في العمود الثاني السلبي وترجع إلى الصراع مع مطالب البيئة الخارجية. هذه الأعراض ذات المصدر الداخلي والخارجي موضحة في الجدول التالي (رقم ١). ويظهر فيه أن الأعراض المرتبطة بالعصاب هي (المخاوف المرضية ، والوساوس ، والأفعال القهرية ، والانسحاب ، والشكاوي الجسمية) فهذه جميعها مشبعة بالعامل الداخلي (المشكلات التي تعزى إلى الأنا والذات) وهذا يقدم أساساً تجريبياً لجميع هذه الاضطرابات النفسية مع بعضها لأنها بدت مترابطة وجميعها تتضمن مشكلات داخلية المنشأ وليست خارجية. هذه النتائج قادت العالم كيسلر إلى القول بأن الأعراض العصابية تضم كفاً Inhibit خاصاً ومطالب متميزة ومفروضة على الأنا والذات أكثر مما هي موجهة نحو الخارج وفي مواجهة الآخرين. هذه الخاصية الشائعة في كل الأعصبة تقدم أساساً مقنعاً للتفريق الرئيسي بين فئة الاضطرابات الانفعالية.

الجدول رقم ١ وفيه أمثلة عن الأعراض المشبعة بالداخلية والخارجية للأطفال المضطربين من الذكور والإناث .

أعراض داخلية		أعراض خارجية	
ذكور	إناث	ذكور	إناث
مخاوف	غثيان	عدم الطاعة	عدم الطاعة
آلام معدة	ذنب	سرقة	كذب
خوف	صداع	كذب	سرقة
ألم	ألم معدة	ضرب وهجوم	ضرب
هم	مخاوف	مشاعر ذنب	هروب
انسحاب	إقياء	تخريب	شتم وسب
وساوس	رفض الطعام	-	مشاكسة
خجل	وساوس	هروب	هروب
أفعال قهرية	انسحاب	مشاكسة	إيذاء الآخرين
أرق	اكتئاب	هروب	تخريب
بكاء	دوخة	مزاج صعب	-
تفكير	تخيلي بكاء	فرط النشاط	-

عموماً إن اضطرابات الأطفال العصابية تضم أشكالاً من السلوك اللاتكيفي (سوء تكيف) تعتبر أقل حدة وخطراً من الذهان ، ولذلك لا تتضمن الانسحاب من الواقع والعيش في عالم الخيال ، كما أنها لا ترجع إلى عوامل عضوية إطلاقاً. وفوق ذلك فإنها تتصف بدرجة عالية من القلق ، لأن القلق حالة أساسية فيها جميعها وهو الذي يؤثر في الأداء الوظيفي السلوكي للشخص.

وأخيراً فالأطفال العصابيون يظهرون صعوبات تتجه نحو الذات (داخلية) وليس نحو الخارج (خارجية).

دور العوامل الجبلية والتكوينية والاستعدادية:

كثيراً ما أعتقد أن العوالم الجبلية والتكوينية (الاستعداد) تلعب دوراً هاماً في الاضطرابات العصابية ونموها. فقد افترض أيزنك أن بعد العصابية Neuroticism قد يرتبط بالعوامل الجينية الوراثية وأن أفراداً معينين بالذات هم الأكثر استعداداً للإصابة بها (بالرغم من الإثبات بتدخل العوامل الوراثية والبيئية والضغوط النفسية فيها). والدراسات التي بحثت العلاقة بين مؤشرات العصابية عند التوائم المتباينة والمتماثلة من نفس الجنس، مثيرة ومهمة في هذا المجال لأن البعض قد يفترض أنه إذا كانت العوامل الوراثية متدخلة في العصاب، فإن التوائم المتماثلة يجب أن يظهر أفرادها درجة عالية من التجانس في بعد العصابية أكثر من التوائم المتباينة.

إن الدراسات الترابطية ومعامل الترابط لكل من التوائم المتماثلة والمتباينة موضحة في الجدول رقم (٢). حيث يتبين أن التوائم المتماثلة أظهرت درجة عالية من التشابه فيما يتعلق بالعصابية مقارنة مع التوائم المتباينة. وكما ظهر فإن العوامل الوراثية قد تلعب دوراً في الاضطرابات العصابية. وقد أكد عدد من العلماء أن من الضروري اعتبار العوامل الوراثية عوامل مشاركة في حدوث الاضطرابات المحددة.

الجدول رقم ٢ ويوضح الترابط بين العصاب والعصابية عند التوائم المتماثلة والمتباينة

الباحث والتاريخ	التوائم المتماثلة	التوائم المتباينة
كارتر ١٩٣٥	٠٦٣	٠٣٢
أيزنك ١٩٥١	٠٨٥	٠٢٢
شيلدز وسلاتر ١٩٦١	٠٥٣	٠٢٥
شيلدز ١٩٦٢	٠٣٨	٠١١

ومن العوامل التي تساعد في حدوث الاضطرابات العصابية وتطورها ، المزاج temperament ، ذلك لأن الأطفال ومنذ الولادة يظهرون فروقاً فردية في استجابتهم للبيئة ، كما أنهم يختلفون في مستوى النشاط والفعالية وفي درجة التنظيم البيوكيماوي (اليقظة والنوم ، والطعام . .) وفي درجة استجابتهم (إقداماً ، إحجاماً) تجاه المثيرات الجديدة ، كما يختلفون من حيث تكيفهم مع الجديد ، ومن حيث عتبة الاستجابة ، ودرجة الانتباه ومداه ، وكذلك من حيث المزاج سلبي أم إيجابي ، ودرجة الاستجابة الانفعالية . وبسبب أن هذه الفروقات تبدو منذ السنوات المبكرة للحياة ، فإنها ذات أساس بيولوجي . وقد دعم هذا الرأي من دراسات التوائم التي بينت أن بعض أبعاد المزاج تعتمد على مقومات وراثية ذات مغزى .

إن عدداً من الصفات المزاجية (كالتهيج ، الانسحاب ، عدم القدرة على التكيف ، المزاج السلبي ، الاستجابة الانفعالية الشديدة) تجتمع معاً لتكون ما يسميه عالم النفس توماس «الطفل الصعب» Difficult Child . فقد أظهرت دراسات العالم توماس أن الأطفال من هذا النوع الصعب أكثر خطراً وتعرضاً للمشكلات والاضطرابات النفسية من غيرهم . ومن بين ١٤١ طفلاً في مدينة نيويورك ، أجريت عليهم دراسة مطولة ، تبين أن ٧٠٪ منهم وصفوا بأنهم من النوع الصعب قد تعرضوا في حياتهم اللاحقة لأمراض نفسية ، مقابل ١٨٪ من الأطفال الذين وصفوا بأنهم عاديين . وفي دراسة أحدث بين توماس ورفاقه أن هذه المشكلات والاضطرابات تستمر في مراحل الحياة اللاحقة وخلال مرحلة الرشد . وقد أكدت الدراسات التي قام بها بلومين Blomin العلاقة بين المزاج الصعب والمشكلات أو الاضطرابات النفسية . وقد طبق العديد من الاختبارات لقياس المزاج الصعب عند الأطفال في سنوات حياتهم المختلفة ، من هذه الاختبارات : مقياس شخصية الأطفال Personality Inventory for children الذي يقيس درجات مختلفة من الأعراض المرضية . لقد بينت هذه الدراسات أن الأطفال من النوع الصعب يظهرون درجة عالية من القلق ، والاكتئاب ، والشكاوى الجسمية ،

والانسحاب، وضعف المهارات الاجتماعية. مع العلم أن أطفال الدراسة قد تم اختيارهم من المجتمع الأصلي السوي، فقد وجد أن الصفات المزاجية عندهم مرتبطة بالمشكلات الداخلية (تعزى للذات) بحيث أن صفات المزاج الصعب تلعب دوراً هاماً في نمو الاضطرابات العصابية.

نخلص للقول بأنه إذا لعبت العوامل التكوينية والوراثية دوراً هاماً في العصاب، فإن ذلك لا يكون بشكل مستقل عن العوامل البيئية. وقد أكد العالم مارتن ورفاقه أنه إذا وجدت الاستعدادات الوراثية والمزاجية، فإنها تتعدل عن طريق خبرات الطفل وحياته، وخاصة تلك المرتبطة بالتفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكرة في الحياة.

دور العوامل الأسرية في العصاب:

لسنوات عديدة وعلماء النفس يبحثون في دور العوامل الأسرية في نشوء الاضطرابات النفسية وتطورها. ومع أن أكثر بحوثهم قد صممت لدراسة بين عوامل (و متغيرات) الأسرة والفصام، فإن الدور الذي تلعبه هذه المتغيرات في أمراض العصاب كانت مثار اهتمام الباحثين والمعالجين النفسيين أيضاً. إن نظرة عامة لهذا الدراسات خلال ٤٠ سنة من البحث المتركز حول دور العوامل والمتغيرات الأسرية في الأمراض النفسية عامة، والعصابية خاصة، قد دفعت العالم فرانك إلى الحكم التالي: «يبدو أن الأحكام النهائية التي نتوصل إليها من هذه المعطيات، هي أنه لا يوجد شيء يسمى أم أو عائلة فصامية أو عصابية. وهذه المعطيات لا تسمح لنا بالنظر إلى المجموعة المحددة من الأحداث النفسية في الأسرة وخاصة بين الأم والطفل منعزلة أو باعتبارها عاملاً فردياً متميزاً في نمو هذا النوع من الاضطرابات أو ذاك، وفوق ذلك، من الصعب التمييز بين الأسرة التي تخلق طفلاً مضطرباً والأسرة التي تخلق طفلاً متكيفاً بدرجة جيدة. وبالرغم من أن هذا الحكم لا يدعم الرأي حول العلاقة بين العوامل والمتغيرات الأسرية وبين المرض النفسي، فالملاحظ أن الدراسات التي استند إليها هذا الحكم كانت تعاني من بعض الصعوبات في منهج البحث، كما أن أكثرها قد ركز على المتغير المتعلق بالعلاقة بين الأم والطفل

بدون فحص لدور الأعضاء الآخرين في الأسرة.

إن الدراسات الأكثر حداثة حول العوامل والمتغيرات الأسرية، قد ركزت على الملاحظة المباشرة للعلاقات وأشكال التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة وذلك في المنزل وفي المختبر. هذا النوع من الدراسات يتميز عن البحوث التي تركز على جانب أو متغير واحد. وبعد ٣٠ سنة من الحكم السابق الذي توصل إليه فرانك (والسابق ذكره) فإن علاقة سببية بين المتغيرات أو العوامل الأسرية وبين أشكال محددة من العصاب والسلوك العصابي لم يظهر بعد، بالرغم من ملاحظة بعض العلاقات كما سنلاحظ في هذا الفصل.

في الواقع من الصعب إظهار مثل هذه العلاقة السببية (علاقة سبب ونتيجة بين العوامل الأسرية والعصاب). وحتى لو وجدت مثل هذه العلاقة التي توضح دور الصراع أو السيطرة أو الرفض للطفل في ظهور العصاب عنده، فإن من الصعب التأكد من هذه العوامل والمتغيرات التي لعبت الدور المسبب. إن الصراع داخل الأسرة مثل غيره من المتغيرات والعوامل (كالرفض أو السيطرة..) قد يحدث هو أيضاً نتيجة لوجود الطفل المضطرب وسلوكه المنحرف ونستطيع القول في النهاية، أن الدراسات قد وجدت علاقة مباشرة بين متغيرات وعوامل أسرية والاضطرابات عند الأطفال، ولكنها محدودة وقليلة. إن الباحثين في دور العوامل المزاجية عند الطفل قد أكدت على وجود نوع من التجانس والترابط بين الصفات المزاجية للطفل وسلوك الوالدين. ويبدو أن من الأفضل التركيز على بيئة الطفل child s environment بدلاً من التركيز على مزاج الطفل أو على المتغيرات والعوامل الأسرية كل واحدة على حدة. مثل هذا التركيز على بيئة الطفل عموماً (بما فيها مزاج الوالدين ومزاج الطفل، ومتغيرات وعوامل أسرية، وسلوك الوالدين، والتفاعل الاجتماعي داخل الأسرة) يقدم لنا دعماً لدراسة التأثيرات التفاعلية لكل من الطفل ومتغيرات الأسرة. وهذه تعتبر طريقة مفيدة لفحص دور العوامل التكوينية (الاستعدادات) والعائلية (البيئة) في تكوين الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة وتطورها أيضاً.

أمراض القلق:

يضع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية، عدداً من الاضطرابات التي تصنف ضمن فئة أمراض القلق. وأكثر أمراض القلق عند الأطفال والمراهقين هي مرض القلق المفرط overanxious diorder واضطراب التجنب ، والوساوس والأفعال القهرية. وقبل الحديث عن هذه الاضطرابات يجب الإشارة إلى أن هناك فروقاً جوهرية بينها. وهذه الفروق تعود إلى ندرة بعضها في مرحلة الطفولة مثل الوساوس والأفعال القهرية، ثم إننا نواجه القليل من الأطفال الذين ينطبق عليهم هذا المعيار التشخيصي وخاصة أمراض قلق الانفصال وقلق التجنب.

أولاً ، اضطراب القلق المفرط:

إذا نظرنا إلى الجدول رقم ٣ نلاحظ أن اللوحة السريرية لمرض القلق، فهو أحد أمراض القلق المعمم (الطافي)، الذي جوهره الهم المفرط، والخوف الذي لا يرتبط بأي موضوع أو شيء أو موقف محدد. وفي بعض الحالات يصل مستوى القلق إلى درجة العجز والفشل.

الجدول رقم ٣ المعيار التشخيصي لاضطراب القلق المفرط

أ ـ يمثل هذا الاضطراب معمماً ومستمراً (ولا يتعلق بقلق الانفصال). ويتظاهر على الأقل بأربعة من الأعراض التالية:

١ ـ قلق أو هم غير واقعي وغير منطقي حول المستقبل.

٢ ـ انشغال مسبق حول مدى مناسبة سلوك الفرد الماضي ودرجة سويته.

٣ ـ انشغال مفرط بالأداء والعمل في مجالات مختلفة (أكاديمية، رياضية، اجتماعية).

٤ ـ حاجة ملحة للطمأنينة والدعم لما يعانيه من قلق وما يشغله.

٥ ـ شكاوى جسمية مثل الصداع وآلام المعدة، ولا توجد عوامل عضوية لها.

٦ ـ وعي ذاتي مقنع ، أو إمكانية التعرض للإيذاء والإذلال.

٧ ـ مشاعر توتر مقنعة وعدم القدرة على الاسترخاء.

ب ـ تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.

ج ـ إذا كان عمر الفرد ١٨ سنة أو أكثر ، فلا ينطبق عليه هذا المعيار التشخيصي.

د ـ لا يعزى هذا الاضطراب إلى أي اضطراب عقلي آخر مثل قلق الانفصال ، أو اضطراب التجنب في الطفولة والمراهقة ، أو الفوبيا ، أو الوساوس ، أو الاكتئاب أو الفصام أو اضطرابات النمو المنتشرة.

يقلق الأطفال كثيراً في هذا الاضطراب حول أشياء عديدة مثل الخشية من تعرضهم للإيذاء إذا ما قاموا بعمل ما ، أو قلقهم حول درجة تقبل الآخرين لهم، وانشغال مسبق مبالغ فيه حول أمور كثيرة ، وخوف مفرط من أشياء بسيطة مثل زيارة الطبيب. إنهم ينزعون نحو بلوغ الكمال ويقضون وقتاً طويلاً وهم قلقون مهمومون حول أداء أو عمل غير مناسب أو دقيق قاموا به. إن مستوى قلقهم المرتفع هذا يحدث أعراضاً جسمية مثل الصداع أو الدوخة ، ضيق التنفس ، ألم بالصدر ، واضطراب في النوم . يمر الطفل بحالات كوابيس ليلية وأحلام مزعجة ، وكثيراً ما يرافقه أشكال شاذة من السلوك مثل قضم الأظافر ومص الإبهام ونتف الشعر (APA 1987).

مثال لحالة قلق:

«جيمي ، طفل في المدرسة وصفته معلمته بأنه يسعى دوماً نحو الكمال ، وكثير الانشغال من أجل القيام بأي شيء بالشكل الأمثل والصحيح. كان لا يعبأ بالانتقادات ، ويبحث دوماً عن الدعم والطمأنينة ، والتأكد من أنه قام بكل شيء بدقة. وبعد فترة تم إحالته إلى العيادة النفسية لأنه يعاني من شعور بالدوخة والغثيان وضيق التنفس. ولم يجد المعالج سبباً عضوياً لهذه الأعراض ، وقد أكدت المعلمة أنه حين يتم إعادته إليها فإنه ينشغل دوماً ويقلق حول شيء ما. لقد عزت والدته الحالة إلى ما سمته (الدقة) بالسلوك باعتبارها

مشكلة في المنزل ، وتسعى دوماً نحو الدقة وبلوغ الكمال في قيامه بواجباته المنزلية والمدرسية. في حين ينظر إليه الأطفال الآخرون بسخرية بسبب اللباس الذي يرتديه في المدرسة ، أو في حفلة عيد ميلاد أصدقائه. لقد وصفت والدته سلوكه بأنه مختلف تماماً عن سلوك أخوته الأكبر منه الذين يتميزون بالهدوء وعدم الانشغال المفرط أو القلق».

إننا نعرف القليل عن العوامل المسببة لهذا الاضطراب ، ومدى انتشاره وحدوثه ، ومع ذلك ، بينت بعض الدراسات أنه أكثر حدوثاً عند الذكور من عند الإناث ، وخاصة بين الأطفال الأوائل في الولادة ، كما أنه أكثر انتشاراً بين العائلات التي تسعى لبلوغ الدرجات العليا في الأداء والدقة في العمل. وقد يبدأ الاضطراب فجأة أو تدريجياً ، وقد يتطور ويتعقد كلما واجه الطفل ضغوطاً نفسية. وقد افترض أن الاضطراب قد يستمر في مرحلة الطفولة ، ويأخذ شكل القلق العائم الطليق أو المخاوف المرضية.

أما بالنسبة لعلاج الاضطراب ، فيستخدم المعالجون النفسيون تقنيات العلاج السلوكي لخفض القلق ، مثل تقنية خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، وطريقة الإغراق ، وتعديل السلوك ، والتعلم بالاقتداء والملاحظة. وإذا كان هذا السلوك موجوداً عند أفراد الأسرة أو بعضهم فيجب إدخال الأهل في خطة العلاج ، ونستعمل حينها علاج العائلة أو العلاج الأسري.

ثانياً ، اضطراب التجنب (الانسحاب) :

مثال لحالة اضطراب التجنب ، «أشارت والدة تومي أنها وزوجها قد بدأ اهتمامهما وانشغالهما الزائد بابنتهم وسلوكها. وأن المشكلة الرئيسية التي ظهرت عند الابنة تومي هي الخجل الزائد من الغرباء. وقد زاد الخجل عندها بالمقارنة مع أقرانها من فتيات العشر سنوات. إن تومي بدأت تتجنب أي موقف يتطلب منها التواصل مع الغرباء ، وحين تقدمت باتجاه شخص ما ، بدا عليها عدم المعرفة ، والخوف الزائد والبكاء ، وقد أصبح هذا السلوك الشاذ مقلقاً ومشكلة خلال سنوات مضت ، كما صرحت الأم أن هذا السلوك مربك ومثير للدهشة ، خاصة أن لكل فرد من أفراد العائلة عدد من الأصدقاء لا يبدو على

أي واحد منهم مثل هذا السلوك ولا يظهرون الخجل أمام أي شخص يواجهونه مهما كان غريباً».

إن هذا المثال يعكس المستوى العالي للقلق الذي يعيشه الطفل حين يواجه الغرباء. إن أكثر الأطفال الصغار يخافون الغرباء، واضطراب التجنب عادة ينمو بعد السن الذي تعتبر فيه مخاوف الأطفال طبيعية من الناحية النمائية. والقلق الذي يعانيه الطفل قلقاً متطرفاً. ويبدو على أطفال هذا الاضطراب، الجبن، والخجل تجاه الناس الذين يجب الحديث معهم. وإذا تم دفعهم للتواصل معهم فإنهم يبكون في محاولة منهم لخفض القلق والخوف. قد يتداخل خوف الطفل من الغرباء مع علاقته بأقرانه ومقدرته على السلوك والتكيف مع المواقف الاجتماعية التي تضم أطفالاً لا يعرفهم. ويبدو على الأطفال في هذا الاضطراب ضعف توكيد الذات، كما ينقصهم الثقة بالنفس، ويعيشون مشاعر العزلة والانفصال الناتجة عن ضيق علاقاتهم الاجتماعية.

بالرغم من عدم وجود معلومات متاحة عن مدى حدوث هذا الاضطراب وانتشاره، فقد اعتقد أنه غير شائع. كما أنه لا توجد معلومات عن العوامل الممهدة لحدوثه ولا حتى عن مآله. ويتبع علماء النفس في معالجته التقنيات العلاجية نفسها التي يتبعونها في علاج القلق. إن الاتجاه الذي يجمع تقنيات خفض القلق مع المهارات الاجتماعية المناسبة، تعتبر طريقة فعالة في معالجة الاضطراب.

ثالثاً، اضطراب قلق الانفصال:

يشبه هذا الاضطراب اضطراب التجنب، حيث يضم القلق المرتبط بمجال واحد من السلوك أو بموقف معين، في هذه الحالة يرتبط القلق بالانفصال. ويتصف هذا الاضطراب بالقلق المرتفع الذي يخبره الطفل حين ينفصل أو يبتعد عن والديه أو أي شخص تربطه به علاقة حميمة. ويكثر انتشار هذا القلق بين الأطفال الصغار، ويخلق ذلك درجة عالية من ردود الفعل التى تسمى الهلع إضافة إلى العجز. والجدول التالي يوضح المعيار التشخيصي واللوحة السريرية لاضطراب قلق الانفصال:

أ ـ قلق زائد حين الانفصال عن شخص تربطه به علاقة حميمة ، ويتظاهر بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض السبعة التالية :

١ ـ قلق غير واقعي وغير معقول حول الابتعاد عن شخص والبقاء وحيداً بمعزل عنه وخاصة إذا لم يعود .

٢ ـ قلق غير واقعي حول الانعزال والفصل عن علاقة حميمة (شعور بالافتقاد وأنه ضحية حادث) .

٣ ـ رفض الذهاب إلى المدرسة وذلك للبقاء عند من ترتبط به علاقة حميمة في المنزل .

٤ ـ تجنب مستمر للبقاء وحيداً في المنزل ، والشعور بالاضطراب الانفعالي الشديد إذا افتقد الشخص الذي يرتبط به ، أو حين يبقى وحيداً بعيداً عنه .

٥ ـ أحلام ليلية وكوابيس تتعلق بالانفصال .

٦ ـ شكاوى جسمية أيام المدرسة مثل آلام المعدة والصداع والغثيان والدوخة .

٧ ـ علامات ضعف شديد بسبب الانفصال عن الشخص الذي يرتبط به ، منها البكاء ، والمزاج الصعب وتبليل الفراش بالنسبة للأطفال دون سن السادسة ، ويرافقه القلق ونوبات الهلع .

٨ ـ انسحاب اجتماعي ، تبلد ، حزن ، صعوبة التركيز في العمل أو اللعب بدون الشخص الذي يرتبط به .

ب ـ يستمر الاضطراب لمدة لا تقل عن أسبوعين .

ج ـ لا يعزى إلى اضطراب من اضطرابات النمو المنتشرة أو الفصام ، أو أي اضطراب ذهاني آخر .

د ـ إذا كان عمر الشخص ١٨ سنة أو أكثر ، لا ينطبق عليه معيار المخاوف المرضية .

الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال غلباً ما يكونون حول والديهم ويلتصقون بهم ويرفضون الابتعاد عنهم. كما أنهم يرفضون البقاء مع أصدقائهم في الليل، أو الذهاب للمدرسة، أو الذهاب إلى أي مكان آخر بدون والديهم. في الواقع يكون رفضهم الذهاب إلى المدرسة نتيجة خوف مرضي من المدرسة. والأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، يشعرون بالخوف من الحوادث، ومن المرض، أو من الخطف أو من أي شيء آخر يبعدهم عن والديهم. إن الأعراض الجسمية كالدوخة والإقياء والصداع وآلام المعدة تنتج جميعها عن القلق المرتفع الذي يعانيه الطفل. وبغض النظر عن هذه المشكلات فقد يظهر أيضاً مشكلات أو صعوبات أخرى. وهذه حالة طفل يعاني من اضطراب قلق الانفصال:

«كاري طفل عمره تسع سنوات تم إحالته إلى مركز الصحة النفسية من قبل المعلم بسبب المشكلات المتعلقة بمواظبته على الدراسة. وقال المرشد المدرسي إن مشكلته تبدو في خوفه من المدرسة، وأنها قد تكون حالة خوف مرضي من المدرسة، وقد بدأ منذ شهرين مضت عندما بدا عليه قلق متطرف في المدرسة دون سبب واضح. وفجأة شعر بالمرض وآلام المعدة واضطراب التنفس، والعصبية حين يتواجد في المدرسة حيث يرغب في العودة للمنزل مباشرة. إن نفس الأعراض ظهرت في اليوم الثاني ورغب في العودة إلى المنزل. وقد تحدث المرشد مع والدته عبر الهاتف، وقالت بأن طبيب الأسرة لم يجد أي شيء غير عادي عنده، ولكنه يبدي إصراره في عدم رغبته الذهاب إلى المدرسة. وقد أشارت الأم إلى عصبيته حين يقترب موعد الذهاب للمدرسة، وقالت: إنها شجعت أخته للذهاب معه ومع ذلك بدا عليه الخوف. وفي حال وجوده بالمنزل قالت والدته: إنه يشاهد برامج تلفزيونية، وإنه مع أخته يقومان بأنشطة متنوعة مشتركة، كزيارة الأقارب، والشراء، وحين سُئلت الأم عما إذا كان يقوم بأي نشاط بمفرده، قالت بأن كل أنشطته مع أخته ولا يقوم بأي نشاط بمفرده. وعند سؤالها عن أسباب الحالة، أشارت إلى أن عدم ذهابه للمدرسة يرتبط بموت والده منذ عشر سنوات، وكانت تربطه به

علاقة حميمة ، كما أن موته كان عاملاً مؤثراً. ومنذ ذلك الوقت بدا عليه الخوف من المشفى ، وأصبح كثير الاهتمام بصحة والدته. وقد أشارت الأم إلى أنـه منذ ثلاثة أشهر مضت وهو يعاني من ألم في الصدر وضيق في التنفس».

بالرغم من قلة الدراسات المتعلقة باضطراب قلق الانفصال ، إلا أنه ينتشر كثيراً بين الأطفـال ، وبنفس النسبة تقريباً بين الذكوز والإناث ، وقد يحدث قبل سن المدرسة ، وغالبـاً بعد حـادث أو موقـف نفسي ضاغط. إنه أكثر حدوثاً عند الأطفال الذين تربطهم بأسرهم علاقات حميمة ورعاية زائدة. وقد لوحظ أن اضطراب قلق الانفصال قد يلعب دوراً هاماً ومعقداً في الخوف المرضي من المدرسة. وهناك الكثير من الدراسات التي تبين هذه العلاقة بين الاضطرابين.

يركز المعالجون النفسيون على تحديد العوامل المسببة لقلق الانفصال والعمل على حلها ، وتتبع تقنية خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، وكذلك تقنية الغمر والإغراق ، والتي يتم فيها وضع الطفل مباشرة وبشكل واقعي في المواقف المخيفة حتى تزول درجة إثارتها للطفل.

رابعاً ، المخاوف المرضية عند الأطفال:

يعتبر الخوف من أكثر المشكلات والاضطرابات النفسية شيوعاً عند الأطفال: الخوف من الظلمة ، الخوف من الغرباء ، الخوف من الحيوانات. جميعها كثيرة الانتشار عند الأطفال الصغار. وبعضها لا يظهر إلا في مراحل لاحقة من الطفولة ، قد تتطور حالة الخوف هذه إلى حالة اضطراب يسمى الخوف المرضي ويصبح مشكلة نفسية بالنسبة للطفل ووالديه. وحين نتحدث عن مخاوف الأطفال يجب أن نفرق بين الخوف والخوف المرضي لكي نتوصل إلى تعريف وتحديد دقيق للخوف المرضي. إن مثل هذا التفريق ليس عملية سهلة ، وقد سبقه محاولات عديدة من قبل علماء درسوا هذا الاضطراب من وجهات نظر متنوعة.

وصف الخوف المرضي وتشخيصه (الفرق بين الخوف والخوف المرضي):

يعتبر الخوف Fear استجابة طبيعية لمثير أو موقف يسبب خطراً وتهديداً على الشخص. ويتظاهر الخوف أحياناً على شكل ردود فعل عضوية ، أو تعبيرات لفظية عن الخوف أو تجنب الموقف المهدد والمخيف، وتكون استجابة الخوف في كل هذه الحالات متناسبة مع شدة الموقف والمثير المهدد والمخيف. أما الخوف المرضي (أو الرهاب) phobia فهو خوف مبالغ فيه ، فالمريض يبدي الخوف من موقف أو مثير لا يستدعي مثل هذه الدرجة من الخوف ، ولا يسبب تهديداً أو خطراً على الشخص. وقد ميز كيسلر Kessler بين الخوف والخوف المرضي ، مستعملاً الخوف من الكلب كمثال توضيحي:

«إن طفل المدرسة يظهر الكره للكلب ويبدي الخوف منه إذا كان قريباً منه، هذه الحالة تسمى خوفاً. أما إذا انشغل الطفل مسبقاً باحتمالية مواجهته لكلب ، أو كان في حالة قلق مسبق وتوقع ، فإنه قد لا يذهب إلى المدرسة ، أو لا يغادر المنزل إطلاقاً وذلك كله من أجل تجنب رؤية الكلب أو سماعه ، هذه الحالة تسمى خوفاً مرضياً.

إن التعريف والتشخيص الذي وضعه ميللر يتفق مع المعيار التشخيصي للمخاوف كما وضعته الجمعية الأمريكية لأطباء النفس في دليلها الثالث المعدل. ووفق هذا التشخيص ، يعتبر الخوف المرضي حالة خوف خاص تتصف بما يلي:

١ ـ إنها تفوق شدة الموقف أو الشيء المخيف.

٢ ـ لا يمكن تفسيره أو تبريره منطقياً.

٣ ـ خارج نطاق تحكم الشخص وسيطرته.

٤ ـ يقود إلى التجنب والانسحاب من الموقف المخيف.

٥ ـ يستمر لفترات زمنية طويلة.

٦ ـ غير تكيفي ، ولا يخص عمر أو مرحلة معينة.

يتضمن هذا التحديد أن الخوف مبالغاً به ومضخماً ، وأن الشخص غير قادر على ضبطه ، وأنه خوف غير طبيعي ، ويقود إلى التجنب والانسحاب من المواقف المخيفة. وهذا مثال توضيحي:

جوني طفلة عمرها ست سنوات أتت بها والدتها إلى المعالج النفسي بسبب المخاوف التي تعانيها. إن المشكلة الرئيسية عندها هي خوفها المتزايد من البالونات مما قاد إلى صعوبات حادة في مواقف عديدة ، وبعد الحديث مع والدتها تبين أن للطفلة تاريخاً لابأس به في اللعب ببالونات غير منفوخة وذلك في سن الثانية من عمرها ، أما بداية خوفها فقد بدأ مع اللعبة بالبالون التي تكون Blow - up. ومن أجل تحديد ما إذا كانت جوني قد مرت بخبرة سلبية في حينها ، والأم غير قادرة على ربط المشكلة بمثل هذا الحادث. قالت إن خوف ابنتها (الذي عالجه الأب عن طريق منعها من اللعب بهذه الألعاب) قد خففت تدريجياً من خوفها من البالون ، ومع ذلك فإن شدة الخوف بدأت بالتزايد. وبالرغم من أن الأم قد اعتبرت أن خوف ابنتها من البالون ذو معنى ، فإنها لاحظت أن الكثير من الصعوبات قد ظهرت عند ابنتها ، منها ضعف تحصيلها الدراسي ، وخاصة تلك التي تحوي دروساً عملية كالعلوم مثلاً. لقد أصبحت جوني خائفة ، وتغادر الغرفة ، ولا تعود إلا حين يكون الآخرون فيها. وفي مناسبات أخرى فإن كل موقف أو شيء مصنوع من مواد البالون والمطاط والذي يشبه الشيء المنفوخ ، كانت تتجنبه. وحين الحديث مع جوني فإنها لم تستطع أن تقرر ما هو الشيء الذي تخاف منه في البالون ، سوى أن خوفها يحدث حين تكون البالونة منفوخة. ومن أجل تقدير رد فعلها واستجابتها للبالون الحقيقي في العيادة ، لوحظ عليها قلق زائد حين عرض عليها البالون ولكن خوفها لم يظهر حين كان البالون غير منفوخ. وانخفض القلق والخوف قليلاً حين كانت منفوخة نصف نفخة ، وحين زاد المعالج من شدة النفخ بدأ الخوف عندها بالتزايد حتى البكاء ، وحاولت الهروب من الغرفة.

حدوث الخوف المرضي وانتشاره:

لقد بينت بعض الدراسات أن الخوف المرضي يحدث بنسبة ١٪ تقريباً من المجموع الأصلي للأطفال. وقال موريتز: إن معدل انتشاره بين الأطفال الذين يحالون إلى العيادات النفسية تقل عن ٨٪ من الحالات.

العوامل السببية في حدوث الخوف المرضي:

المنظور التحليلي النفسي:

لقد عرض فرويد عام ١٩٠٩ حالة خوف مرضي كان يعاني منها الطفل الصغير هانز الذي يبلغ عمره خمس سنوات. وكان يعاني خوفاً مرضياً من الأحصنة. كان عمره خمس سنوات حين بدأت تظهر عليه رغبة جامحة للبقاء في المنزل وعدم الخروج للشارع. وقد فسر جماعة التحليل النفسي حالة هانز على الشكل التالي: كان هانز يعيش في فيينا في بيت يواجه مستودعاً كبيراً للبضاعة، ورأى في إحدى المرات العربات الكبيرة المحملة بالأثقال تجرها الخيول وهي تعاني من الأثقال التي تحملها، وفي إحدى المرات رأى هانز حصاناً يقع والعربة عالقة به، وكان الحصان يحاول جاهداً الوقوف على رجليه واللجام بين أسنانه ويعض عليه يكاد يكسره. وقد أخاف هذا الحادث هانز الصغير ولم يخبر أهله وبقي مكبوتاً عنده. لم يختبر هانز عض الحصان شخصياً ولكنه مر بحالة رعب شديد حين كان الحصان يعض على اللجام وبرزت أسنانه. لقد كانت عقدة أوديب نشطة في هذه الفترة من حياة هانز حيث كان يشعر بمنافسة أبيه له ويتمنى لو يزول حتى يبقى قرب أمه. ومما زاد الوضع تعقيداً أن أمه رزقت بطفلة وراحت توجه إليها عنايتها، فصار لهانز منافسين هما الأب والأخت. لقد كان هانز يعاني صراعان حيال والده: الأول، أنه يحب والده ويكرهه في نفس الوقت، والثاني، أنه يرغب في إزاحة والده من الطريق ولكنه يواجه بالنواهي الأخلاقية في نفس الوقت. أما أمه فكان صراعه بين الحب لما توفره له من الرعاية، والكره بسبب التفاتها لأخته. وبسبب هذه الصراعات التي لم تجد حلاً عانى هانز من حالة قلق وجد له مهرباً لاشعورياً في الخوف من

الحصان. من جهة ثانية فقد لعب هانز مع والده مرات عدة لعبة الحصان، وكان الارتباط قوياً بين صورة الأب وحركاته وصورة الحصان وحركاته. وزاد في مكانة الحصان الذي يجر العربة أنه كان يشبه أمه الحامل وهي تمشي متثاقلة ومعها حملها الذي نافسه فيما بعد. كما أن الحيوانات تمثل رموزاً في تفكير الطفل. وحين حدث الهلع عندما رأى هانز الحصان الذي وقع على الأرض عمل هذا الهلع مع الكبت والإسقاط ، في إيجاد خوف عصابي يجنب هانز قلقه ويطمئن لاشعوره بشأن وصوله إلى حل لصراعاته. وهكذا يعتبر الخوف المرضي وسيلة تكيف أمام ظرف يجابه الفرد بصعوبات لم يستطع حلها ، إلا أنه أسلوب سيىء في التكيف. وقد تعمم هذا الأسلوب على مواقف ومثيرات عديدة. فهانز لم يتجنب الحصان فقط بل امتنع عن الخروج من المنزل (الرفاعي ١٩٨٢).

المنظور السلوكي:

١ ـ الإشراط الكلاسيكي: لقد عرض واطسون وراينر Watson and Rayner (١٩٢٠) أمثلة عن تشكيل الخوف المرضي عن طريق الإشراط الكلاسيكي (وقد ذكرنا بعضها في الفصل الأول).

لقد أجرى هذان الباحثان دراستهما على الطفل الصغير البرت الذي يبلغ من العمر ١١ شهراً وذلك في تشكيل سلوكه تجاه الفأر. إن الفأر في البداية لم يستجر أو يستدعي أية استجابة خوف عند الطفل (الفأر مثير حيادي هنا). وعندما تم اقتران وجود الفأر بصوت مرتفع (الصوت هنا مثير غير شرطي) بدأ الفار في استدعاء استجابة الخوف (فالفأر هنا أصبح مثيراً شرطياً) ، وفي المحاولات اللاحقة أصبح الفأر وحده يثير الخوف. لقد أجريت تساؤلات عديدة حول هذه البحوث التجريبية وما إذا كانت تستخدم الإشراط الكلاسيكي أم الإجرائي. ومن هذه الدراسة الكلاسيكية يتبين أن الخوف المرضي يمكن تشكيله عن طريق الإشراط الكلاسيكي. ولكن يجب الانتباه إلى أنه ليست جميع حالات الخوف المرضي يمكن تشكيلها بهذه الطريقة ، فقد فشل بعضهم في تشكيل استجابة الخوف بنفس الطريقة التي اتبعها واطسون ، في حين

استطاع بعضهم الآخر إيجاد على أن المثير المخيف تم اقترانه سابقاً بالمثيرات المنفرة (المكرهة) عند الكثير من الأفراد الذين يعانون من الخوف المرضي. وبالرغم من أن الإشراط الكلاسيكي يقدم لنا إطاراً لفهم بعض مخاوف الأطفال المرضية ، فإنه لا يوجد حتى الآن دليل كاف يفترض أن المخاوف المرضية متعلمة بهذه الطريقة. فهناك عوامل أخرى تتدخل في تشكيله (عبد الله ١٩٩٦).

٢ ـ التعلم بالملاحظة: لقد افترض باندورا أن أكثر أشكال السلوك متعلمة عن طريق الخبرة المباشرة وملاحظة آخرين يسلكون هذا السلوك. ومن هذا المنظور يبدو أن الخوف المرضي متعلم بنفس الطريقة التي يتشكل فيها بالإشراط الكلاسيكي. ومن المنطقي أن الطفل الذي يلاحظ والديه أو آخرين في الأسرة يظهرون مخاوف معينة أو يتجنبون الاستجابة لمثيرات معينة ، فإنهم سيخافون هذه المثيرات والمواقف عن طريق التعلم المتبادل. فالتعلم المتبادل vicarious learning لاستجابة الخوف هذه مستمرة من خلال الدراسات التي أجراها باندورا منذ عام ١٩٦٦. وقد بينت بعض الدراسات الفيزيولوجية أن الأفراد الذين يلاحظون شخصاً يتعرض لصدمة كهربائية فإنهم يظهرون ردود أفعال زائدة وخوف حتى لو لم يتعرضوا هم للصدمة. وبالرغم من وجود دليل مباشر على اكتساب الخوف المرضي عن طريق التعلم بالملاحظة ، فإن عدة دراسات بينتْ أن الأطفال الخائفين غالباً كان لهم والدون خائفون ، وكانت مخاوف الأبناء ومخاوف الآباء متشابهة أي نحو نفس المثيرات والمواقف. ومع أن الدراسات الترابطية لم تقدم برهاناً على العلاقة السببية بين الخوف المرضي عند الأهل والخوف المرضي عند الأبناء ، فإن النتائج ثابتة ومتفقة مع الرأي القائل بأن المخاوف قد تكون متعلمة بنفس الطريقة والأسلوب.

٣ ـ الإشراط الإجرائي: لقد أثبتت دراسات عديدة أن الخوف المرضي واستجابات الخوف التجنبية يمكن اكتسابها واستمرارها عن طريق عملية الإشراط الإجرائي. فالطفل الذي يخشى من الذهاب إلى المدرسة قد يخاف ويمرض ويبكي ويبقى بالمنزل ولا يغادره. فإذا تكررت مثل هذه

الاستجابات بالتعزيز عن طريق انتباه الوالدين واهتمامهم بالطفل وسماحهم له بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة ، أو بالسماح له بمتابعة الأنشطة التي يرغب بها في المنزل ، فإن استجابات الخوف والتجنب ستستمر ، وإذا بقي في المنزل فترات أطول فقد يتخلف في دراسته بالمقارنة مع أقرانه ويحصل عنده ضعف في التحصيل ومشكلات أخرى مثل التسرب من المدرسة أو الهروب منها. فالنتيجة المحتملة لذلك هي القلق المتزايد عندما يواجه بأي موقف يتعلق بالمدرسة أو الدراسة ، مما يزيد من احتمال استجابة التجنب والخوف.

قد تلعب العوامل الاجرائية دوراً في الكثير من الحالات مع عوامل التعلم والملاحظة والإشراط الكلاسيكي مما يبقي المخاوف ويتجه بها نحو مزيد من التعقيد. إن الخوف المرضي يكتسب بالإشراط الكلاسيكي (وكذلك التعلم بالملاحظة) ويتم الحفاظ عليه واستمراره بسبب المعززات السلبية. وهناك الكثير من المعززات في البيئة ، قد تبقي استجابات الخوف التي تم اكتسابها سابقاً بالإشراط الكلاسيكي أو بالملاحظة ، مما يدل على أن العلاج يجب أن لا يتركز فقط على القلق المرافق للخوف المرضي الذي هو جوهره ، بل على المعززات البيئية والظروف الاجتماعية التي تحافظ على استجابة الخوف مستمرة ، حتى بعد أن يزول القلق والخوف المرضي نفسه.

تصنيف المخاوف المرضية عند الأطفال وأشكالها:

لقد تم تصنيف المخاوف المرضية في السابق ، وفقاً للموضوع (أي المثير) المخيف ، وذلك بالاستناد إلى الأسماء اللاتينية للمثيرات أو الأشياء المخيفة. وفي اليونانية تعني كلمة الهلع والرعب ، وقد تم تعميم هذا على كل المخاوف ابتداء من الخوف المرضي من الأماكن المنغلقةClacustrophobia إلى الخوف المرضي من الخوف نفسه phobobia. وفيما يلي أهم أشكال الخوف المرضي ذكرت استناداً إلى المثير أو الموضوع المخيف وفيه الاسم العلمي ونوع الخوف:

الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة Acrophobia	المرتفعات Height
الخوف المرضي من الأمـاكن المكشوفة (رهـاب السـاح) Agoraphobia	الأمـاكن المفتوحـة والمكشـوفة Open spaces
الخـوف المرضـي مـن الأشـياء الحـادة والمسـننة Aichmophobia	أشياء حادة ومسننة Sharp and pointed objects
الخوف المرضي من القطط Ailurophobia	القطط Cats
الخوف المرضي من الورود Anthrophobia	الورود Flowers
الخوف المرضي من الناس والحشود Anthropophobia	الناس People
الخوف المرضي من الماء Aquaphobia	الماء Water
الخوف المرضي من الأماكن المغلقة Claustrophobia	الأماكن المغلقة Closed spaces
الخوف المرضي من الكلاب Cynopnobia	الكلاب Dogs
الخوف المرضي من الأحصنة Equinophobia	الأحصنة Horses
الخوف المرضي من الوحدة Menophobia	البقاء وحيداً Being alone
الخوف المرضي من الظلمة Nyctophobia	الظلمة Darkness
الخوف المرضي من الأفاعي Ophidiophobia	الأفاعي Snakes
الخوف المرضي من النار Pyrophobia	النار Fire
الخوف المرضي من الموت Thanatophobea	الموت Death
الخوف المرضي من الغرباء Xenophobia	الغرباء Strangers
الخوف المرضي من الحيوانات Zoophobia	الحيوانات Animals

الاسم العلمي (الفني) الخوف وموضوعه

لقد أجرى ميللر ورفاقه تصنيفاً للمخاوف المرضية وذلك باستخدام مقياس تشخيصي يسمى قائمة يوسيفل لفحص الخوف Louisville Fear Schedule ويضم هذا المقياس ٨١ بنداً وهذه بعض منها كما وردت في المقياس:

أذى جسمي	أحداث طبيعية قلق اجتماعي	متنوعة
ـ موضوعات مجردة	**ـ كوارث وأزمات**	**ـ المدرسة :**
حرب	زلازل	أطفال من عمر ٣ حتى ١٠
اختطاف	عواصف	النمط ١
تسمم بالطعام	براكين	النمط ٢
غذاء محدد	أعاصير	أطفال من عمر ١١ حتى ١٢
موت أحد أفراد الأسرة	**ـ الظلمة**	النمط ١
رؤية شخص ما مجروح	**ـ أمكنة مغلقة :**	النمط ٢
ميكروبات وجراثيم	حمامات	**ـ الانفصال :**
التعرض للمرض	غرف غرباء	الانفصال عن الوالدين
مرض أحد أفراد العائلة	مراحيض وحجرات ضيقة	العزل في أحد أجزاء المنزل
الاختناق	**ـ حيوانات :**	ـ الإنجاز والتحصيل :
إجراء عمل جراحي	أفاعي	الامتحانات
المشفى	الكلاب والقطط	التعرض للنقد
ـ موضوعات واقعية :	**ـ أخرى :**	**ـ التفاعل الاجتماعي :**
كالطيران والأمكنة المرتفعة	كالنار ، والكوابيس	الدخول في أحداث اجتماعية
ماء عميق	البقاء وحيداً	جعل الآخر يغضب
الغرباء	الأقنعة	**ـ مواقف طبية : كأطباء الأسنان**

مخاوف الأطفال المرضية وأشكال من السلوك المنحرف :

على الرغم من قلة الدراسات التي بحثت العلاقة بين مخاوف الأطفال المرضية مع غيرها من الصفات الشخصية ، إلا أن ميللر قد درس العلاقة بين الخوف المرضي عند الأطفال وبعض الصفات الشخصية ، وتوصل إلى أنه لا يوجد دليل على ارتباط صفات معينة للشخصية بالمخاوف المرضية عند الأطفال. وفي دراسة أحدث قام بها موريز ورفاقه ، بين أن النتائج الهامة ذات المغزى حول هذا الموضوع لم توجد الآن. إلا أنه ركز على العلاقة بين الخوف المرضي وبعض أشكال السلوك المنحرف. فقد قارن ٦٧ طفلاً يعانون من المخاوف المرضية ، وتمت إحالتهم إلى المعالجة النفسية ، نقول قارنهم مع عينة من الأطفال ، وطبق عليهم مقياس يوسفيل (السابق ذكره) وكذلك قائمة فحص السلوك المدرسي. وقد أظهرت النتائج فروقاً ذات مغزى في عدد من المتغيرات المتعلقة بقائمة فحص السلوك. فالأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي كان بينهم فروق ذات مغزى في عدد من المتغيرات والصفات السلوكية غير المرغوبة بالمقارنة مع الأسوياء كما برزت في مقاييس فرعية عدة (مثل العدوانية، فرط النشاط ، السلوك اللااجتماعي ، الانسحاب ، التهيج). من جهة ثانية ، فإن الأطفال المصابين بالخوف المرضي ، قد أظهروا دافعاً منخفضاً نحو الإنجاز أو التحصيل ، وقلقاً متزايداً ، وأقل انبساطية. وما توقع فقد وجدت فروق جوهرية بين هذه المجموعات من الأطفال في مقياس مسح المخاوف للعالم يوسفيل. وبالرغم من أن هذه النتائج تبين أن الأطفال المصابين بالخوف المرضي لا يظهرون هذه المشكلة السلوكية بشكل منعزل عن غيرها ، إلا أنها تثبت وجود صعوبات ومشكلات سلوكية متنوعة أيضاً.

الخوف المرضي من المدرسة :

غالباً ما يدرس الخوف المرضي من المدرسة بشكل مستقل عن أشكال المخاوف المرضية الأخرى في مرحلة الطفولة ، كما يتم توجيه انتباه مركز على هذه المشكلة النفسية. لقد قرر ميللر أن نسبة المنشورات المتعلقة بالخوف المرضي من المدرسة والمرتبطة بأشكال المخاوف الأخرى؛ هي بنسبة

٢٥ إلى ١. كما أنـه وضعت نظريات عديدة تشرح عوامله السببية وبشكل مستقل أيضاً.

يتبين من المصطلح أن الخوف المرضي من المدرسة ، يتميز بوجود خوف مبالغ فيه من المدرسة ، بحيث يتجنب الطفل الذهاب إليها، ويرافقه قلق شديد وأعراض جسمية وعضوية متنوعة مثل الدوخة والإقياء والصداع. ويختلف هذا الاضطراب عن التغيب عن المدرسةtruancy ، الذي يتجنب فيه الطفل الذهاب إلى المدرسة من اجل ممارسة أنشطة معينة خارج المنزل والمدرسة. مثل هذا التمييز يوضحه كيسلر حين يقول في حالة الخوف المرضي من المدرسة يرفض الذهاب للمدرسة ، ويبقى في المنزل مع والديه وبعلمهما ، ولو لم يوافقوا على ذلك ، أما الأطفال المتغيبون (في حالة التغيب عن المدرسة) فلا يظهرون ميلاً أو رغبة في البقاء في المنزل ، وأماكن تواجدهم غير معروفة من قبل والديهم. فالخوف المرضي من المدرسة ، يوصف بأنه اضطراب عصابي ، في حين أن التغيب عن المدرسة يرتبط بدرجة وثيقة باضطرابات التصرف أو السلوك اللااجتماعي.

حدوث الخوف المرضي من المدرسة وانتشاره:

لقد أشارت بعض الدراسات إلى أنه ١ ـ ٢٪ من أطفال المدارس العامة ، وكذلك ٥ ـ ٨٪ من الأطفال الذين تتم إحالتهم إلى العيادة النفسية ، يعانون من الخوف المرضي من المدرسة. كما تبين أن هذا الاضطراب يحدث بشكل متساو تقريباً بين الذكور والإناث في أي سن ، بالرغم من أن معدل عمر الذين يحالون منهم إلى العلاج النفسي يكون بين سني الخامسة أو الثامنة (بداية دخول المدرسة تقريباً) وبين الحادية عشرة أو الرابعة عشرة (بداية الثانوية تقريباً). وقد أشار كيسلر إلى أن الخوف المرضي من المدرسة أكثر حدوثاً بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العالية. كما أيد ميللر أن هذا الاضطراب يمكن أن يحدث عند الأطفال ذوي مستويات الذكاء المختلفة (المنخفضة ، والمتوسطة ، والمرتفعة) ، وأنه لا يقتصر على الأطفال الذين يعانون من مشكلات دراسية فقط.

تفسير الخوف المرضي من المدرسة:

يركز التفسير النظري للخوف المرضي من المدرسة على اتجاهين هما التحليل النفسي والسلوكي. بالإضافة إلى الفروق في الرأي حول عوامله السببية، فإن هناك جدلاً كبيراً حول ما إذا كان هذا الخوف يمثل خوفاً من المدرسة كما يبدو من التسمية أم أنه مرتبط بدرجة وثيقة بالخوف من الانفصال Separation anxiety (وخاصة الابتعاد عن الأم).

ويوضح كيلي وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير الخوف المرضي من المدرسة، ويشدد على الاتكالية الزائدة التي تقدمها الأم لطفلها، هذه الأم قد تكون عصابية، وتحمل دوافع للاتكالية لم تجد إشباعاً. فالاتكالية تخلق عدوانية مكبوتة عند الطفل والأم، إلا أنها تخلق عند الطفل الخوف من الانفصال بشكل خاص. إن الاتكالية والخوف والعدوانية، تثبط الأنا وتكف نموها عند الطفل، في حين أن الخوف يتم تحويله إلى المدرسة فيتشبث الطفل بوالديه على شكل اتكالية لم تجد حلاً.

هناك نظريات تحليلية أخرى فسرت الخوف المرضي من المدرسة في ضوء قلق الانفصال. يفترض عالم النفس جونسون أن الخوف المرضي من المدرسة لا يتضمن خوفاً من المدرسة بالدرجة التي يتضمن الخوف من الانفصال عن الوالدين، وخاصة الأم التي تبدي قلقها حين ينفصل عنها، ثم تنقل هذا الخوف والقلق إلى ابنها. ومن وجهة النظر هذه فإن مصطلح الخوف المرضي من المدرسة (أو كما يسمى أحياناً رهاب المدرسة) هو اسم مغلوط. إن الاعتقاد بأن الخوف المرضي من المدرسة يعكس قلق الانفصال لا يقتصر على الباحثين الذين يعتمدون الاتجاه التحليلي، ولكن يشاركهم فيه أيضاً عدد من الباحثين المنتمين إلى الاتجاه السلوكي. فوجهة النظر السلوكية في الخوف المرضي من المدرسة كما يقول كيلي، تمثل الموقف الذي عبر عنه العالمان غارفي وهيجرف حين يقولان: «إن الطفل يخاف من أن يفتقد والدته، وذلك لأن حياته رهن بوجودها، ويصبح هذا الخوف مشروطاً أي متعلماً لفكرة الذهاب إلى المدرسة، حيث إنه سيفتقد والدته إذا ذهب إلى المدرسة،

وحالما يصبح هذا الخوف شديداً ، فإنه يرفض الذهاب للمدرسة . وبقاؤه في المنزل يتعزز حيث تخفض حالة الخوف عنده ، وعادة ما يجلب له هذا مكافآت على شكل لعب وحب ومودة ورعاية».

يجب أن نلاحظ أن علماء النفس السلوكيين يركزون على العوامل المختلفة التي تعمل على تطوير الخوف المرضي من المدرسة ، مثل القلق المشروط والاستجابة لمثيرات محددة مرتبطة بالمدرسة خاصة . وبالرغم من أن عدداً من علماء النفس يوافقون على أن قلق الانفصال يلعب دوراً هاماً في نمو الخوف المرضي من المدرسة ، فإن القلق المرتبط بالمواظبة على المدرسة أو تجنبها يحدث نتيجة لعدد من الأسباب. إن من الخطأ اعتبار الخوف المرضي من المدرسة على أنه خوف من الانفصال ، وكما يلاحظ كيسلر فإن المخاوف المرضية ناتجة عن القلق المرتبط بمظاهر متنوعة في مواقف المدرسة بما فيها الخوف من الفشل ، والخوف من المعلمين، والخوف من الأقران في الصف ، وقلق الامتحان.

تصنيف المخاوف المرضية من المدرسة:

هناك عدد من المحاولات لتصنيف المخاوف المرضية من المدرسة ، منها التصنيف الذي وضعه كيندي عام ١٩٨٥ ، حين وضع معياراً للتفريق بين مجموعتين من المخاوف: الأولى ، تمثل الخوف المرضي من المدرسة (وهي المخاوف العصابية) ، والثانية ، حالة الخوف المرضي من المدرسة (باعتبارها سمة وصفة عند الطفل) ، وهذين النمطين يمثلان الأشكال الحادة acute والمزمنةchronic ، إن النمط الأول منه هو الخوف المرضي الحاد من المدرسة ، أما الثاني فهو الخوف المرضي المزمن من المدرسة. وقد وضع كيندي معياراً تشخيصياً للتمييز بين هذين النمطين ، كما يلي :

النمط ١ : الخوف المرضي العصابي (الحاد) من المدرسة.

النمط ٢ : الخوف المرضي السماتي (المزمن) من المدرسة.

النمط ١	النمط ٢
ـ المرض الحالي يمثل الحادث الأول	ـ الحادثة الثانية أو الثالثة أو الرابعة

ـ البداية يوم الإثنين يتبعه المرض يوم الخميس.

البداية يوم الإثنين بعد مرض بسيط غير منتشر.

ـ بداية حادة	ـ بداية خفيفة غير حادة.
ـ الدرجات المنخفضة كثيرة الانتشار	ـ الدرجات العالية كثيرة الانتشار.
ـ انشغال زائد بالموت	ـ قضايا الموت غير موجودة.
ـ الصحة البدنية للأم موضع اهتمام وتساؤل	ـ الصحة البدنية للأم ليست موضع انشغال. (مريضة فعلاً أو أن الطفل يعتقد ذلك).
ـ تواصل جيد بين الوالدين	ـ تواصل ضعيف بين الوالدين.
ـ الأب منافس للأم في تدبير شؤون المنزل	ـ لا يهتم الأب كثيراً بشؤون المنزل.

يقول كيندي: إن النمط الثاني (المزمن) من الخوف المرضي نادر الوجود، فلم يواجه إلا ست حالات منه خلال مدة ثمانية سنوات من عمله العلاجي في العيادة النفسية التابعة إلى جامعة فلوريدا. في حين واجه ٥٠ حالة من النمط الأول (الحاد)، كما أن النمط الأول من الخوف المرضي من المدرسة يستجيب بسهولة للعلاج أكثر من النمط الثاني.

علاج الخوف المرضي عند الأطفال:

لقد استخدم المعالجون النفسيون تقنيات التحليل النفسي والسلوكي في معالجة الخوف المرضي عند الأطفال، وبالرغم من قلة الدراسات التي تثبت فعالية هذا الاتجاه أو ذاك في علاج المخاوف، إلا أن هناك دراسات كثيرة حول اعتماد هذه التقنيات، وواحدة من الأمثلة التي اعتمدت الطريقة السلوكية قدمها جونز حين وصف خفض الخوف من الجرذان عند الأطفال مستخدماً طريقتين سلوكيتين هما التعلم بالملاحظة أو الاقتداء، والإشراط المضاد (حيث يرى الطفل آخرين يتعاملون مع الفأر بدون خوف، وبشكل تدريجي

يقترب الفأر من الطفل بينما يتناول طعامه حتى يلتصق به). وهناك طريقة أخرى هي خفض الحساسية التدريجي والمنظم، والتخيل الانفعالي، والعلاج بالإشراط الإجرائي، وقد ثبت نجاعتها في خفض المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة.

نظرة عامة:

المخاوف البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة، كما أنها خاصة بعمر أو مرحلة نمو معينة. إن التعبير عن تلك المخاوف، هو مظهر طبيعي من مظاهر النمو، وفي حين تكون بعض المخاوف أكثر شدة وخطورة، كما إنها غير طبيعية ولا يبررها الموقف، وهي خارج تحكم الفرد، وتستمر لفترات طويلة، وتقود إلى التجنب والانسحاب. إنها مخاوف مبالغ فيها وتقود إلى العجز، كما تخلق مشكلات سلوكية كثيرة للطفل ووالديه. وبالرغم من الدراسات الكثيرة التي أجريت عنه، إلا أننا ما نزال لا نعرف إلا القليل عنها، وأكثر ما نعرفه مستمد من حالات سريرية، أكثرها متعلق بالخوف المرضي من المدرسة. إننا بحاجة إلى المزيد عن هذا النوع من الاضطرابات عند الأطفال، من حيث علاقتها بالمتغيرات الاجتماعية وخصائص الأسرة، والعلاقات بين أعضائها.

الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية:

وصف الاضطراب وتشخيصه:

إن عصاب الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية نادرة الحدوث عند الأطفال، وقلة من الدراسات، أجريت حوله في مرحلة الطفولة.. إن المظهر الأولي لعصاب الوساوس والأفعال القسرية واحد منهما (الوساوس المتسلطة أو الأفعال القسرية) وقد يكون الإثنان معاً. كلاهما يتضمنان أشكالاً من السلوك تتصف بأنها نمطية متكررة وملحة في سيطرتها على الشخص، إلا أن الاختلاف بينهما هو أن الوساوس أفكار أو معتقدات متكررة وملحة على الشخص، في حين أن الأفعال القسرية هي أفعال وسلوكيات نمطية تلح على الشخص. يعرف الشخص ويتحقق من أفكاره أو أفعاله غير منطقية ولا معقولة، ولكنه مع ذلك

غير قادر على ضبطها أو التحكم بها، إنها خارج نطاق سيطرته. والموجه الرئيسي في تشخيص هذا الاضطراب يوضحه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية، وهو كما يلي:

آ ـ الوساوس أو الأفعال القهرية أو القسرية فهي:

١ ـ الوساوس: أفكار وصور ذهنية أو دوافع متكررة الحدوث ومستمرة خارج نطاق ضبط الشخص وإرادته، ولم تحدث بإرادة الشخص (يعيها الشخص ويشعر بها كما يعرف سخافتها وعدم معناها، ويقوم الشخص بمحاولات للتخلص منها).

٢ ـ الأفعال القهرية أو القسرية: سلوكيات وأفعال متكررة الحدوث ومستمرة وتحدث بشكل نمطي ثابت، هذا السلوك ليس النهاية والخاتمة بحد ذاته ولكنه مصمم من أجل إنتاج أو منع حادث مستقبلي أو موقف مستقبلي. هذا النشاط المصمم من أجل إحداث موقف أو منعه لم يتم بطريقة واقعية ومقبولة: يقوم الفرد بهذا السلوك أو الفعل مع اعتقاده ومعرفته بالفعل القهري الذاتي المسيطر عليه يرافق معرفته هذه رغبة مستمرة لمقاومته (أو إيقافه) وبالتدريج يعرف الفرد سخافته وعدم معناه (ويصدق هذا على الأطفال أيضاً) كما أنه لا يحدث سعادة حين القيام به ولكن يخفض التوتر والقلق الموجود عند الشخص المريض.

ب ـ الوساوس والأفعال القهرية مصدر هام للضيق والتوتر عند الفرد ويتدخل مع دوره وسلوكه الاجتماعي.

ج ـ لا يعزى إلى أي اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب توريت أو الفصام أو الاكتئاب أو أي اضطراب عقلي آخر.

ومع أن هذا المعيار التشخيصي غير مخصص للأطفال، فإنه مناسب لهم، لأنه يفترض أن الاضطراب يأخذ شكلاً مشابهاً عند الأطفال والراشدين على السواء. وهذا مثال لحالة وساوس متسلطة:

«ميتا، فتاة عمرها ١٢ سنة، يوافق عيد ميلادها الثاني عشر مع مقابلتها

الثانية للمعالج النفسي. عمر والدها ٤٩ سنة ويعمل بيولوجي في مجال البحث والتعليم. أما والدتها ٤٣ سنة، فقد عانت الاكتئاب، وعولجت من مشكلاتها خلال فترة من قدومها للمعالج النفسي.

أما ميتا، فكانت تعاني من الوساوس المتسلطة حيث تفحص كل شيء تواجهه سواء كان كبيراً أو صغيراً، لترى ما إذا كان مجوفاً أو مثقوباً، إنها تسعى دوماً نحو الشيء الكامل لترى وتفحص إذا كان غير مجوف أو مثقوب، إنها تفحص الجدران والطاولة لتتأكد من أنها غير مثقوبة. إنها ترتبك حين لا تقوم بإنهاء العمل حتى نهايته. وحين كانت تلعب بألعابها في السنوات الماضية، كانت دوماً تقلب ألعابها، لأنها تعتقد، أنها إذا لم تقلبها، فإن اللعبة سوف لا تحبها ولا تبادلها المحبة.

النمو والسلوك الوسواسي القسري:

يعتقد عدد كبير من العلماء، أن الأطفال الأسوياء كثيراً ما يظهرون أفكاراً متسلطة وأفعالاً قسرية تسيطر عليهم في بعض مراحل نموهم. وقد أكد كيسلر أن السلوك القسري يبلغ ذروته في السنوات الثانية، والثامنة، وبداية المراهقة. لذلك فإن أشكال السلوك الوسواسي والفعل القسري، ينظر إليها على أنها طبيعية، خاصة في مراحل معينة من النمو، كما أنها لا تعتبر اضطراباً عصابياً. مثل هذه الأشكال من السلوك في مرحلة الطفولة تعتبر سوء تكيف حين تصبح حادة ومؤذية ومزعجة وتتدخل في سلوك الفرد وأدائه في البيئة، وتخلق نوعاً من الضيق والقلق عند الشخص كما قال كيندي.

العوامل المسببة للوساوس والأفعال القسرية:

هناك تفسيران شائعان لشرح العوامل المسببة للوساوس والأفعال القسرية، هما التفسير التحليلي والتفسير السلوكي. فالاتجاه التحليلي (السيكوديناميي) يفترض أن أصل الاضطراب، هو المرحلة الشرجية من مراحل النمو النفسي ـ الجنسي، هذه المرحلة التي يبدأ فيها الطفل بالتدرب على الإخراج، وقد يحدث صراع نفسي بين أحد الوالدين والطفل وفقاً لمطالب الانصياع والمسايرة والاستقلالية، هذا الصراع قد يخلق شعوراً بالعداوة، لم يتم حلّه؛ مما يسبب

التثبيت في هذه المرحلة من النمو. وقد افترض أن فترات النمو اللاحقة، وحين يكون الشخص تحت ضغوط نفسية، فإنه ينكص regress عائداً إلى مرحلة سابقة من النمو مما يقود إلى إحياء هذا الصراع الذي لم يجد حلاً، إضافة إلى السلوكيات وصفات الشخصية المميزة الخاصة بتلك المرحلة. وبذلك فإن الوساوس والأفعال القسرية، تمثل محاولات خارجية (الأعراض) للتعامل مع الدوافع المهددة والناتجة عن تلك الصراعات.

أما الاتجاه السلوكي، فيركز على أن الأعراض في الوساوس إنما تخدم في خفض القلق عند الشخص. وقد أجرى بعض العلماء عدة دراسات على الراشدين مستعملاً المقاييس السيكوفيزيولوجية لقياس درجة الإثارة والتنبه، وتبين أن الأفعال القسرية والوساوس تحدث على مستوى عال من النشاط الذاتي المستقل (فعالية الجهاز العصبي المستقل) ويخدم في خفض هذه المستويات من الإثارة، وبالرغم من عدم معرفة كيفية نمو الاضطراب، إلا أن بقاؤه واستمراريته ينتج عن أن هذا السلوك يعمل كمعزز لخفض القلق عند الشخص، وينطبق هذا على الوساوس وعلى الأفعال القسرية أيضاً. فالأفكار (في الوساوس) والأفعال (في الأفعال القسرية) جميعها تخدم في خفض القلق الذي يعانيه الشخص، هذا القلق ناتج عن التنشيط العالي للجهاز العصبي المستقل والإثارة أو التنبه المرتفع.

يجب الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى هذين الاتجاهين في تفسير عوامل الاضطراب، هناك عوامل أخرى منها: العوامل الوراثية، وضروب الخلل العصبي والبيوكيماوي، وخلل في عملية تمثيل السيروتونين، إضافة إلى العوامل الأسرية، ولكن حتى الآن لا توجد دراسات تجريبية على هذه العوامل.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

من المعروف أن الوساوس والأفعال القسرية نادرة الحدوث عند الأطفال والراشدين عموماً. وقد أشار (سترجس) إلى أن نسبة حدوثه بمعدل ٠,٥٪ من مجموع السكان. أما بالنسبة للأطفال فهي بمعدل ١,٢ من المجتمع الأصلي

للأطفال ، وأنها أقل من ٢٪ من المصابين باضطرابات انفعالية ، وفي دراسة أخرى وجد هولينجورث أن معدل حدوث الاضطراب هو ٢٪ من المترددين على العيادات النفسية. وهذه الإحصائيات تشير إلى ندرة حدوثه بالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى التي يعانيها المرضى النفسيون.

البحوث: بعض المتغيرات المرتبطة بالوساوس والأفعال القسرية:

لقد بين العالم جود Judd في دراسة مبكرة (١٩٦٥) أن هذا الاضطراب يكثر حدوثه بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ ـ ١٢ سنة ، وقد اعتمد في دراسته على معيار لانتقاء المضطربين ، يتضمن مايلي:

١ ـ وجود أعراض الوساوس والأفعال القسرية.

٢ ـ استمرارية هذه الأعراض المرضية.

٣ ـ تدخل هذه الأعراض مع أشكال السلوك الوظيفي والتكيفي للفرد.

ومن بين ٤٠٥ طفلاً تم مقابلتهم لمدة تزيد عن خمس سنوات ، تبين أن ٣٤ منهم قد شخصوا على أنهم يعانون من الاضطراب ، و (٥) فقط ، انطبق عليهم المعيار الذي يستخدم لتشخيص الاضطراب. لقد ركزت الدراسة على تحديد العوامل المتعلقة بالتشخيص ، وقد وجد هذا العالم أن ثمانية صفات (تميز الوساوس) قد ظهرت عند خمس أطفال. وفي كل حالة منها كانت بداية حدوث الاضطراب مفاجئة ، كما أن جميع الأطفال كانوا من ذوي الذكاء المتوسط. وفي كل حالة من هذه الحالات الخمسة ، كانت تحدث فيها أعراض الوساوس والأفعال القسرية مجتمعة. كما أن هذه الحالات الخمسة ، تميز سلوك أصحابها بالتخريب والتهيج ، والإرباك للأهل والآخرين ، والإيذاء ، ولكن جميع الأطفال قد أبدوا مؤشراً على مشاعر الذنب التي يعانوها ، إضافة إلى أحلام اليقظة والتخيلات المرافقة.

في دراسة أخرى أجراها آدم (١٩٧٣) على (٤٩) طفلاً يعانون من الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية ، وجميعهم دون سن الخامسة عشرة. وقد توصل

إلى نتائج مشابهة ومتفقة مع نتائج العالم (جود) السابقة. وتعتبر النتائج التالية، أهم النتائج التي أثبتتها هذه الدراسات:

١ ـ الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية تحدث عند الأطفال.

٢ ـ يحدث الاضطراب عند الأطفال الذين يكون ذكاؤهم بحدود المتوسط أو أكثر قليلاً.

٣ ـ الوساوس والأفعال القسرية يحدثان معاً.

٤ ـ الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يحملون مشاعر ذنب إضافة إلى التخيل وأحلام اليقظة، ولهم حياة خيالية.

٥ ـ عدوان موجه نحو الوالدين.

إلا أن دراسة آدم بينت أن ٥٧١ من الحالات كان والدوهم أو أحد أفراد الأسرة يعانون من الوساوس والأفعال القسرية. وأن خمس حالات كان أقاربهم يظهرون أعراضاً مرضية غالباً ما تكون وسواسية وقهرية. يجب الانتباه إلى أن كلا الدراستين اعتمدت عينات صغيرة في البحث، وربما يرجع السبب إلى محاولتهما انتقاء الأطفال الذين يعانون من الاضطراب فعلاً. وكانت متعارضة في بعض نتائجها، ومع ذلك فإنها تؤكد عدد من المتغيرات الهامة في الاضطراب الوسواسي، مما يدفع علماء النفس لمزيد من البحوث في هذا المجال.

مآل الوساوس والأفعال القسرية:

لقد تتبع هولنجورث ١٧ طفلاً يعانون من الوساوس والأفعال القسرية بعد تشخيصهم، لمدة تزيد عن ست سنوات ونصف، وبالرغم من أن شدة الاضطراب خفيفة، فإن واحداً منهم أظهر ردود فعل فصامية تم علاجها حين المتابعة، وواحداً منهم أيضاً كان يعاني من الاكتئاب وتراوده أفكار انتحارية. وبالرغم من أن ٣٠ منهم قد أظهروا ضعفاً في التحصيل الدراسي عند بداية مقابلتهم من أجل العلاج، تفترض هذه النتائج أنه رغم الآثار الإيجابية للعلاج، فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب، يظهرون بشكل مستمر

المشكلات المرتبطة بظروفهم خلال مرحلة الطفولة. إن الأعراض والاضطرابات المرافقة للوساوس والأفعال القسرية (مثل الاكتئاب ، الأعراض الذهانية ، ضعف التحصيل) هذه كلها قد تستمر طالما أنها مرتبطة بظروف اجتماعية تربوية في بيئة الطفل وهي مستمرة باستمرارها.

علاج الوساوس والأفعال القسرية:

هناك عدد كبير من التقنيات النفسية في معالجة الوساوس والأفعال القهرية ، منها استعمال الأدوية النفسية وخاصة مضادات الاكتئاب مثل (اميبرامين ، وكلواميبرامين) ، وهناك طرق العلاج السلوكي مثل (خفض الحساسية التدريجي ، والإغراق ، وإيقاف الأفكار ، ومنع الاستجابة) وبالرغم من وجود معطيات تدعم فعالية هذه الطرق العلاجية ، إلا أنه لم يثبت أن واحدة منها كافية بشكل فعال. ومن الطرق التي لاقت تأييداً كبيراً من حيث فعاليتها في السنوات الأخيرة ، تقنية الغمر أو الإغراق Exposure ، وفيها يتم وضع المتعالج في الموقف الذي يثير السلوك القسري. إلا أن أكثر الدراسات التي طبقت هذه الطريقة ، أجريت على الراشدين من المرضى المتعالجين. إن تقنية منع أو إيقاف الاستجابة Response prevention قد طبقت على الأطفال ، فقد عالج ستانلي طفلة عمرها ثماني سنوات ، واستطاع خفض سلوكها الطقوسي النمطي القسري يوماً بعد يوم. مثلاً كانت تزغب (تجعل الوسادة كالزغب) ثلاث مرات قبل أن تعري الوسادة من أجل النوم في الليل ، وتم إدخال الأهل في خطة العلاج وذلك لمنعها من الانشغال بأي سلوك نمطي في غير الوقت الذي خصصه المعالج النفسي. وتم إيجاد مواقف يستدعي عندها هذا السلوك مما يكون له قيمة ، هذه المواقف وضعت بانتظام بدءاً من الموقف البسيط ثم التحرك باتجاه مواقف تستدعي الفعل القسري عندها. وفي كل موقف كان والدها يمنعها من ممارسة الفعل القسري ، وهذا هو جوهر طريقة منع الاستجابة وإيقافها. وقد أثبتت هذه الطريقة نجاعتها حيث اختفت الأعراض بعد أسبوعين من العلاج ولم تعاود الظهور ثانية إطلاقاً. إن العوامل الخاصة المتعلقة بفعالية هذه الطريقة لم تتوضح بعد ، مع العلم أن التمييز

extinction قد يكون هو المسؤول عن خفض الفعل القسري وخفض القلق المرتبط به.

إن طريقة منع أو إيقاف الاستجابة فعالة في خفض الفعل القسري، ولكنها أقل فعالية في خفض الوساوس، وهذه الأخيرة ينجح معها الجمع بين طريقتين هما الغمر (أو الإغراق) وإيقاف الأفكار. وقد استخدم كيلرمانKekllrman 1981 عدة طرق في معالجة طفل عمره ١٢ سنة يعاني من وسواس متسلط هو سيطرة أفكار القتل في ذهنه. وقد استخدم طريقة إيقاف الأفكار، والتعزيز والتنويم المغناطيسي. وقد انخفضت الأفكار الوسواسية عند الطفل بعد العلاج. وبالرغم من عدم معرفة العوامل التي جعلت هذه التقنيات العلاجية مفيدة، فإننا بحاجة إلى مزيد من البحوث التي تثبت فعاليتها.

الاضطرابات ذات المظهر الجسمي:

لقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية، عدداً من الحالات والاضطرابات التي تتدرج تحت هذا النوع من الأمراض، هي: الاضطرابات الجسمية المظهر (أو اضطرابات التجسيد somatoform diordersr)، والهستريا التحويلية، وتوهم المرض، والألم النفسي المنشأ. إن الشكل المشترك بينها جميعاً، هو أنها تشمل أعراضاً تبدو وكأنها جسمية في طبيعتها، في حين ليس لها أساس عضوي إطلاقاً، لذلك فإن منشأها نفسي. ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً عند الأطفال الاضطرابات الجسمية المظهر، والاضطرابات التحويلية. وبالرغم من أن معرفتنا لهذه الاضطرابات حديثة، فإننا سننظر في الطريقة التي تظهر فيها هذه الاضطرابات عند الأطفال، وفي مظاهرها والعوامل التي تقف خلفها وتساعد في تطورها. وسنتحدث في البداية عن الاتجاهات التقليدية لهذه الاضطرابات (وهي الهستريا) ثم ننظر في الاتجاهات الحديثة لها كما وصفها الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (عام ١٩٩٤) تحت فئة الاضطرابات التحويلية.

الاتجاه التقليدي لعصاب الهستريا:

في دراستنا للهستريا في مرحلة الطفولة، يكون من الضروري أن نصف

الطرق التي استعمل بها مصطلح الهستريا Hysteria وعصاب الهستريا Hysterical neurosis في البحوث الإكلينيكية. تاريخياً، لقد استعمل مصطلح عصاب الهستريا ليعزى إلى نوعين مختلفين بعض الشيء هما ردود الفعل التحويليةConversion reaction وردود الفعل التفككية أو الانشطارية Dissociative reaction. فردود الفعل التحويلية تضم الاضطرابات التي تبدو على شكل أمراض جسمية مثل: العمى والصمم، والشلل النصفي أو جزء من أجزاء الجسم بدون وجود عامل عضوي لها. والافتراض الرئيسي لهذه الاضطرابات، هو أنها ناتجة عن قلق مكبوت وصراعات لا شعورية تحولت إلى أعراض جسمية عضوية المظهر (من هنا تسميتها بالتحويلية).

في حين أن الاضطرابات التفككية، تبدو عن طريق تحول حالة الوعي عند الفرد مثل فقدان الذاكرة، المشي أثناء النوم، ازدواج الشخصية، وقد افترض أن هذه الأعراض وظيفية (تؤدي وظيفة نفسية) في طبيعتها.

وبغض النظر عن حقيقة أن عصاب الهستريا قد تم وصفه كثيراً بهذه الطريقة، فإن المصطلح قد اقتصر على النموذج الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية. فقد تضمن التصنيف الأخير للدليل (١٩٩٤) في فئة الأمراض الجسمية المظهر، كل الاضطرابات التي تتصف أساساً بما يلي: شكاوى بدنية متنوعة ومتكررة الحدوث ولفترات زمنية طويلة، وليس لها أساس عضوي. فالشكاوى غالباً ما تظهر بطريقة درامية مبالغ فيها، أو كجزء من تاريخ طبي تم تشخيصه عند المريض.

إن ردود الفعل التحولية، تضم الآن فئة مستقلة عن الهستريا، تحت الصنف العام للاضطرابات الجسمية المظهر. أما ردود الفعل التفككية، فقد صنفت بشكل مستقل عن الاضطرابات الجسمية المظهر. وكان الافتراض السابق هو أن الهستريا قد تظهر في نمط محدد من أنماط الشخصية التي تتصف بالسمات التالية: التركيز على الذات، القابلية للإيحاء، حب الاستعراض، ضعف الضبط الانفعالي، الميل للإغواء، عدم النضج، الاعتمادية أو الاتكالية. وقد افترض أن الأشخاص المنتمون لهذا النمط من الشخصية، هم

نمط الشخصية الهستيرية وهم الذين تتطور الحالة إلى مرض الهستريا. وبالرغم من أن العلاقة الدقيقة بين ما يسمى الشخصية الهستيرية والاضطراب الهستيري، غير واضحة أو مؤكدة، فإن الأمر على الشكل التالي: رغم وجود علاقة متداخلة بينهما، فإنهما لا يحدثان معاً بالضرورة، وقد أكد هذه النتيجة الدليل التشخيصي نفسه، من خلال وضعه فئة مستقلة في اضطرابات الشخصية هي اضطراب الشخصية الهستيرية Hysterical persnality Disorder التي تميز أولئك الأشخاص الذين يتصفون بصفات خاصة دائمة مع غياب الأعراض الجسمية المظهر.

ردود الفعل التحويلية في مرحلة الطفولة:

وصف الاضطراب وتشخيصه:

منذ سنوات عديدة وضع عدد من الباحثين معايير ومؤشرات لتشخيص الهستريا وردود الفعل التحويلية في مرحلة الطفولة، ومن هؤلاء الباحثين روبن ونيل Robin and Nell الذين افترضا أنه من أجل تشخيص الهستريا عند الأطفال يجب أن يتواجد وأن يظهر عدد من الأعراض عندهم لفترة زمنية طويلة. ومن الأعراض التي نعتمدها في التشخيص، الشكاوى الجسمية Somatic complaints وهي شكاوى عصابية مزيفة وكاذبة pseudoneurologic (مثل فقدان الحس، الشلل، الغثيان والدوخة) وكذلك العصبية Nervousness، أو المظاهر والأعراض العضوية للقلق مثل ضربات القلب، وصعوبة التنفس والتعب. وقد افترض روك Rock أن التشخيص يتطلب وجود عرض جسمي واحد على الأقل، وقد يكون هذا العرض حركياً Motor (مثل الشلل) أو حسياً Sensory (مثل فقدان البصر أو السمع). وقد شدد على أنه يجب علينا التأكد من عدم وجود سبب عضوي، أو خلل فيزيولوجي، وأن مصدره ومنشؤه الأصلي هو نفسي.

هناك أشكال ومظاهر أخرى تميز الاضطرابات التحويلية، وهي أن الأشخاص المصابين به غالباً ما يرتاحون ويحصلون على الطمأنينة لهذا الوضع، ولا يبدون أي قلق أو توتر. وقد أثبت بعض العلماء أن الأطفال الذين

شخصت حالتهم الهسترية ، قد أظهروا أعراضاً عصابية زائفة (أعراض تحويلية) وقلق أيضاً. في حين بين العالم مالوني Malony (١٩٨٠) في دراسته التي أجراها على ١٠٥ طفلاً مصابين بالاضطرابات التحويلية ، أن الأطفال قبل مرحلة المراهقة ، أبدوا انشغالاً واهتماماً متزايداً بأعراضهم ، وقد فسر البعض ذلك بأنه يعود إلى الطبيعة المتقلبة عند المريض. وهناك نتيجة أخرى توصل إليها تورنر ، وهي أن الراشدين المصابين بهذه الاضطرابات التحويلية ، يظهر عندهم درجة عالية من القلق ، بالرغم من أن القلق لا يظهر عليهم بشكل مستمر ومتواصل. عموماً ، ربما لا يختلف الأفراد المصابون بهذا الاضطراب ، من حيث الأعراض التي يظهرونها ، ويشتركون في صفات عامة. من جهة أخرى ، يبدو أن الحالة شبه الدائمة لغياب القلق عند هؤلاء المصابين ، قد تعكس وجهة النظر التحليلية ، القائلة بأن ردود الفعل التحويلية ، يكون القلق فيها متخفياً أو ضمنياً ، ولكنه يتظاهر على شكل أعراض جسمية وعضوية واضحة ، كما في الحالة التالية:

«ولد عمره ٩ سنوات ، ومنذ شهرين وهو يعاني من اضطراب التصرف والسلوك ، وتمت إحالته إلى العيادة النفسية من أجل فحص فقدان بصره (في عينيه الاثنتين). إن العرض وهو فقدان البصر قد حدث فجأة عندما اشتكى الولد لوالدته بأن الأشياء تبدو ضبابية وغير واضحة ، لمدة تستمر من خمس دقائق إلى ساعتين في المرة الواحدة ، ويحدث في فترات متقطعة خلال الأسبوع. وبعد أسبوعين من طمأنة والديه ، فإن الأعراض بقيت مستمرة ، وتم التأكد من عدم وجود سبب عضوي ، وأن العوامل نفسية. لقد أظهر الفحص الطبي أنه لا توجد شذوذات أو أي خلل في الحالة العصبية والفيزيولوجية البصرية للطفل ، في حين بين التشخيص النفسي أن الولد يعاني من ضعف في تقدير الذات والانسحاب ، كما أنه يرغب في جذب انتباه الآخرين له.

إن والدته قد عانت من الاكتئاب سابقاً ، ووالده مدمن على الخمر. وتبين أن الأعراض حدثت للولد في ساعات كان الوالد فيها يغادر المنزل بسبب الخلاف مع الأم. وقد وضعت خطة العلاج النفسي متضمنة زيادة تقدير الطفل

لذاته ، وتكوين علاقات اجتماعية مع أقرانه ، وتركيز الانتباه على أعراضه المرضية. إن العلاقة بين الأعراض المرضية فقدان البصر وبين خلاف الوالدين قد ظهر حين كان الولد في المشفى. إن الشكوى الحالية قد اختفت لمدة شهر ، واستمرت بعد خروجه حيث بدأ سلوكه يتحسن في المدرسة وفي المجتمع.

إن المعيار التشخيصي للاضطراب كما وضعه الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، هو التالي:

آ ـ اضطراب مستمر يبدو على شكل فقدان الأداء الوظيفي والجسمي لعضو ما بما يشبه الاضطراب الجسمي العضوي.

ب ـ العوامل النفسية هي السبب في نشوء الأعراض ، ويمكن التأكد منها ، من خلال واحدة من الدلائل والمؤشرات التالية:

١ ـ هناك علاقة زمنية بين المثيرات البيئية التي ترتبط بالصراع النفسي أو الحاجة وبداية ظهور العرض الرئيسي.

٢ ـ يمكن هذا العرض الجسمي الفرد من الهروب من القلق والتهديد الموجه له.

٣ ـ يمكن هذا العرض الجسمي الفرد من تلقي الدعم من البيئة.

ج ـ إن العرض في الاضطراب ليس تحت سيطرة الفرد أو إرادته.

د ـ بعد الفحص يتبين أن العرض لا يفسر ولا يعزى إلى اضطراب عضوي معروف.

هـ ـ لا يقتصر العرض على الألم أو اضطراب السلوك الجنسي.

و ـ لا يعزى إلى اضطراب جسمي المظهر أو الفصام.

وكما يتبين من هذا المعيار التشخيصي أو اللوحة السريرية ، فإن الشخص يظهر خللاً عضوياً لا يكون سببه عصبياً أو عضوياً إطلاقاً ، أي لا تفسره العوامل والآليات العضوية التي تبقى في حالة سلبية ، في حين أن العوامل والآليات النفسية هي التي تفسره وتقف خلفه. كما أن هذا الوضع مرغوب عند الشخص (على مستوى لاشعوري) لأنه يمنعه من مواجهة القلق والصراعات

النفسية ، فتكون ردود الفعل التحويلية وكأنها أسلوب تكيفي (ولكنه أسلوب سيىء في التكيف).

العوامل السببية الدينامية والسيكواجتماعية:

من وجهة النظر السيكودينامية ، يعتبر الاضطراب التحولي (أو ردود الفعل التحويلية) مثل أي عصاب آخر ، ناتجاً عن صراعات داخلية غير مقبولة ولم تجد حلاً ، وعن نزعات ورغبات متعارضة عند الشخص وضمن مكونات شخصيته (الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى) هذه النزعات والدوافع قد واجهها الشخص بوسائل دفاع عديدة وخاصة النكوص. والأعراض العضوية والجسمية هي تعبير جزئي ورمزي يمثل الصراعات النفسية اللاشعورية وما يرتبط بها من قلق. من جهة ثانية ، فقد افترض أولمان وكراسنر عوامل وأساساً نفسياً اجتماعياً للاضطراب التحولي ، يختلف في عدد من مظاهره عن التفسير السيكودينامي. وبالرغم من أن التفسيرين يفترضان أن الأعراض ، طريقة لتجنب القلق وخفض التوتر المرافق. ويقول أولمان في تفسيره النفسي الاجتماعي للاضطراب بأنه مع أن الأعراض للخلل العضوي في ردود الفعل التحويلية هي بمثابة تحويل للصراعات اللاشعورية إلى خلل عضوي جسمي ظاهر ، فإن هناك تماثلاً بين الأعراض الهسترية والسلوك في التنويم المغناطيسي ولعب الدور ، والعلاج عن طريق البلاسيبو (الدواء الوهمي). إن الأعراض يمكن فهمها عن طريق الإشارات والمعززات التي تقدم حوافز قوية لإظهار مثل هذه الأعراض بدل تجنبها. ويتضمن هذا: أن الأعراض الهسترية أو التحويلية ، يمكن علاجها عن طريق التعامل مع الإشارات والمعززات المناسبة.

هناك قليل من المعطيات متعلقة بهذا التفسير الذي جمع فيه أولمان وكراسنر مبادىء التعلم ونتائج البحوث المتعلقة بتقنيات التأثير الاجتماعي ، وهذا التفسير يمكن تجريبه واختباره وله فوائده وتطبيقاته العملية.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

إن من الصعب تحديد انتشار الاضطراب التحويلي ، كما أن تقديره يختلف

بدرجة كبيرة استناداً إلى عوامل عديدة مثل العمر ، والعينات ، والمعيار التشخيصي المعتمد. وهناك تقديرات عديدة أجراها عدد من المتخصصين. مثلاً ، وجد روبن Robin سبعة وعشرين حالة من حالات الهستريا التحويلية من بين ٥١,٣١١ طفلاً يعانون من اضطرابات نفسية. وكان معدل أعمار هؤلاء المصابين فوق سن الخامسة عشرة. أما العالم ري Ree فقد وجد أن معدل انتشار ردود الفعل التحويلية تتراوح بين ٣ ـ ١٣٪ من الجلسات العلاجية التي تضم أطفالاً مضطربين قدموا إلى المعالجة. ففي حين وجد جوديرGoodyear أن نسبة انتشار الاضطراب الهستيري التحويلي يقدر بـ ٥٪ من المرضى الذين قدموا إلى العلاج. ومع أن هذه النتائج متباينة ، يجب القول إن معدل ونسبة انتشار الاضطراب نادر نسبياً بين الأطفال schawrtz and gohnson 1985.

بعض المتغيرات المتعلقة بردود الفعل التحويلية الهسترية :

بالرغم من الانتباه المتزايد الذي يتم توجيهه نحو الاضطرابات الهسترية في مرحلة الطفولة ، فإن هناك القليل من البحوث المنشورة حول هذا الاضطراب عند الأطفال. إن البحوث المتوفرة ، تضم دراسات نظرية أو وصفية تزودنا ببعض المتغيرات والمتعلقات الخاصة بالاضطراب.

١ ـ دور العوامل الوراثية. في إحدى الدراسات المبكرة التي أجراها بروكتورProctor (١٩٥٨) فحص تقارير ١٩١ طفلاً تم إحالتهم إلى العلاج النفسي. وكان (٢٥) منهم أي بنسبة ١٣ يعانون من الهستريا. وكان ٨٠ من هذه النسبة من السود. وقد أشار بروكتور إلى أن ١٠ من هؤلاء المرضى جميعهم كانوا من السود ، مما يدل على أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين السود منه بين البيض. ويجب الانتباه إلى أن النسبة التي توصل إليها بروكتور سابقاً (أي ١٣٪) هي نسبة مرتفعة مقارنة بالدراسات التي أجريت في تلك الفترة. وقد افترض أن العوامل الثقافية هي المسؤولة عن ذلك. كما لاحظ أن بعض المناطق الجغرافية خاصة ، والتي سحبت منها العينة ، كانت بيئة فقيرة ، ومن مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة ، وتتسم بسيطرة الخرافة والاتجاهات البدائية في التفكير. وقد تبين أن هذا النوع من الثقافة ، من العوامل المكونة لاضطراب

الهستريا ، كما أنها تلعب دوراً هاماً في الحفاظ عليه واستمراريته.

٢ ـ متعلقات ردود الفعل التحويلية. لقد قدم روك Rock بعض المعلومات حول صفات الأطفال الذين يظهرون ردود فعل تحويلية واضحة. حيث لاحظ أنه بين عشرة أطفال درسهم ، كانوا جميعاً (باستثناء واحد فقط) فوق المتوسط من حيث الذكاء. وجميعهم (باستثناء واحد أيضاً) يعانون ضعفاً في التحصيل والأداء الأكاديمي. إن أكثرهم يعانون ضعفاً في العلاقات الاجتماعية ، ودرجة معينة من الاكتئاب. كما وجد أن جميعهم اتكاليون في علاقاتهم ، وأن أعراضهم استمرت بسبب بعض الأحداث المرافقة ، والتي حافظت عليها.

ومن الصفات التي تميز بها أهل هؤلاء الأطفال المصابين بردود الفعل التحويلية الهسترية: الاتكالية المفرطة على الأم ، والذكاء المرتفع عند الأب ، ومعاناة الوالدين من مشكلات بين شخصية تبادلية. وللوالدين دور هام في تطوير الاضطراب لكونهم قدوة ونموذج للطفل. وقد وجد أيضاً أن ٩٧٪ من حالات الأطفال الذين يعانون من ردود الفعل التحويلية الهسترية ، كانت بداية اضطرابهم عقب ضغوط أسرية حادة ، و٥٨٪ منهم قد أظهروا ردود فعل أسى وحزن شديدين ، و٨٨٪ منهم يعانون من مشكلات في التواصل مع أفراد الأسرة.

مآل الاضطراب التحويلي الهستيري:

هناك القليل من المعطيات حول مآل الاضطراب التحويلي الهستيري ، وما ينذر إليه. وتبين المعلومات المتاحة أن أكثر الأطفال في هذا الاضطراب يظهرون تحسناً ومآلاً جيداً. وما يدعم هذه النتيجة ، الدراسة التي تتبعت فيها ١٣ حالة لمدة سنة ، وقام بها جودير. وقد تبين أن ١٠ أطفال من العينة (بنسبة٦٦٪) قد تخلصوا من الأعراض ، وأظهروا تكيفاً حسناً وأداء وتحصيلاً جيداً بعد سنة من العلاج ، إلا أن واحداً منهم فقط بقي تحت العلاج الطبنفسي (بالرغم من اختفاء الأعراض التحويلية) وطفلاً واحداً تلقى إرشاداً تربوياً لمساعدته في تحسين أدائه الدراسي ورفع مستوى تحصيله ، أما الطفل الأخير فقد بقيت عنده الأعراض مستمرة.

علاج الاضطراب التحويلي الهستيري :

وفقاً للتفسير الذي وضعه أولمان وكراسنر حول دور العوامل النفسية الاجتماعية في نمو ردود الفعل التحويلية والهستيرية ، فإنهما قاما بمعالجة حالات عديدة من الاضطراب التحويلي الهستيري عند الأطفال مستعملين الطرق السلوكية.

مثال ذلك أيضاً علاج ألفورد ورفاقه Alford لفتاة عمرها ١٧ سنة ، وتعاني من الإقياء بعد كل وجبة طعام ، منذ مدة تزيد على عشر سنوات ، بالرغم من عدم وجود أمراض عضوية للحالة. وقد تبين بعد الفحص والتشخيص السلوكي ، أنها تعاني من حساسية خاصة للانتباه ، وتم التعامل مع بيئتها الاجتماعية على شكل يتيح لها ضبط مشكلتها السلوكية. وعند تطبيق طريقة التمييز Extinction في خطة العلاج ، وضع مع الفتاة عدد من المرضى الآخرين ، الذين يتجاهلونها في المناسبات التي تتقيأ فيها أو تشعر بالدوخة والغثيان. وقد أدت هذه الطريقة السلوكية في العلاج إلى خفض الإقياء عندها ، وبعد سبعة أشهر من العلاج صرحت بأنها لم تتقيأ إلا مرة واحدة فقط.

للتعامل مع هذا النوع من المشكلات والاضطرابات النفسية ، فقد وصف ديلامنتر علاجه لطفل عمره ١٠ سنوات ، يعاني من شلل هستيري في رجليه الاثنتين ، وقد تضمن العلاج سحب التعزيز ، والامتناع عن تقديمه حين ظهور الأعراض السلوكية ، كما تم استعمال التعزيز الإيجابي لكل تقدم ناجح تجاه سلوك المشي. وقد استطاع الطفل استعمال رجليه خلال أسبوعين. إن هذه النتيجة الإيجابية استمرت ، بعد تتبع الحالة ومعرفة مآلها.

إن مثل هذه الحالات تقدم دليلاً على فائدة طرق العلاج السلوكي ، في معالجة ردود الفعل التحويلية الهستيرية في الطفولة. وربما لوحظ أن هذه الطرق العلاجية التي تركز على دور التعزيز ليست متناقضة ، ولا تقلل من دور المتغيرات والعوامل العائلية. في الواقع يكتسب الطفل السلوك المرضي (الأعراض) عن طرق الاقتداء وملاحظة أفراد آخرين في الأسرة ، كما أنه يتعزز عن طريق جذب الانتباه والمدعمات الاجتماعية الأخرى.

الاضطرابات الانفعالية (الوجدانية):

تمثل الاضطرابات الانفعالية خللاً ينال الانفعال والمزاج. وتضم هذه الفئة من الاضطرابات حالات متطرفة من الاكتئاب Depression أو الابتهاج Elation أو اجتماع الحالين معاً. ويمكنها أن تتراوح من البسيط إلى الشديد، وبينما نلاحظ مثل هذه الدرجات المختلفة منها عند الراشدين كما درسها علماء النفس والأطباء النفسيين، فإن البحوث المتوافرة حولها عند الأطفال ما تزال محدودة. وفوق ذلك ـ وباستثناء بعض الحالات ـ فإننا لا نجد دراسات حول اضطرابات الهلع عند الأطفال، ومع أن هذا الوضع إيجابي بالنسبة للاكتئاب في مرحلة الطفولة، فإن معرفتنا المستندة لهذه الحالات من الاكتئاب أيضاً قليلة. ومنذ عام ١٩٧٠ بدأ الاهتمام في دراسة الاكتئاب عند الأطفال، والسبب الذي كان يقف خلف عدم اهتمام العلماء في دراسته عند الأطفال، هو اعتقادهم بأنه نادر الحدوث في هذه المرحلة العمرية. وقد لاحظ بيرس Pearce ١٩٧٧ أن مصطلح الاكتئاب يعزى إلى العبوس في المزاج (الحزن و عدم السعادة)، ويتراوح بين العبوس والحزن الطبيعي إلى الحزن العبوس الشاذ المتطرف الذي يشكل زملة أعراض الاكتئاب. هذه الحالة من الاكتئاب لها صفاتها وأعراضها المميزة ولها عواملها الخاصة أيضاً. وبغض النظر عن الجدل الدائر بين العلماء حول وجود الاضطراب عند الأطفال، فإن دراسات عديدة بينت أن بعض الأطفال يظهرون عدداً من الأعراض الاكتئابية مجتمعة مثل: البكاء المستمر، تقدير الذات السلبي، مستوى نشاط منخفض Dow Level of activity الانسحاب Withdrawal، تعبيرات لفظية سلبية، تتواجد جميعها لتميز حالة الاكتئاب المرضية.

واستناداً إلى هذه الدراسات العيادية، يبدو أن هذه الأعراض السلوكية، يجب أن تستمر مع الزمن وتتدخل في قدرة الطفل على الأداء وتضعفه.

الاكتئاب في المهد (مرحلة الرضاعة):

بالرغم من أننا سنبحث الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة، إلا أننا سنركز انتباهنا أيضاً على الاكتئاب في مرحلة الطفولة الأولى أو المهد،

مركزين على الانفصال المبكر وتأثيره في سلوك الطفل. وقد تبين مثلاً ، أن انفصال الطفل المستمر عن والدته يحدث أشكالاً من السلوك التي تميز حالة الاكتئاب ، كما أننا حين نفحص هذه السلوكيات والأعراض المرافقة للانفصال عن الأم ، فإننا نلاحظ ردود فعل متميزة عند الطفل يصفها هترينجتون ومارتين Hetheerington and Martin (١٩٧٢) كما يلي:

«في بداية الانفصال عن الأم ، يحدث عند الطفل نوع من الاحتجاج Protest حيث يبكي ويبدي عدم الاستقرار ، والنشاط الزائد ، إضافة إلى التهيج وسهولة الاستثارة.

وبعد أسبوع من الانفصال يقل احتجاج الطفل ويظهر عند اليأس والقنوط Despair والاكتئاب والانسحاب ، وضعف الاستجابة وعدم الاكتراث بمحيطه. أما ملامحه الوجهية فتبدو على شكل حزن وغم. إن كثيراً من الأطفال بعد عدة أسابيع من حالة الاكتئاب هذه يعودون إلى حالتهم الطبيعية من حيث الاهتمام بالبيئة والنشاط الطبيعي».

إن الدراسات التي أجريت على الانفصال كثيراً ما ربطت بين الانفصال مع متغيرات أخرى ، كما درسوا إمكانية إدخاله المشفى للعلاج. وبعض الباحثين درس الآثار التي يحدثها الانفصال ونتائجه في السلوك. وقد تبين أن الشمبانزي حين تنفصل عن أمهاتها بعد مودة ، فإنها تظهر ردود فعل تشبه تلك التي يظهرها الطفل حين ينفصل عن أمه. وتشير هذه النتائج إلى أن الانفصال بذاته يلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة المهد.

وصف الاكتئاب وتشخيصه:

هناك عدد من المظاهر التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الاكتئاب. وقد اعتمد سترين ورفاقه Cytryn (١٩٨٠) على عدد من المظاهر التي تميز تغير المزاج ، مثل الحزن المتطرف ، واليأس ، وفقدان الثقة ، وضعف التركيز ، وضعف تقدير الذات ، والأفكار الانتحارية. أكد سترين أيضاً وجود شكاوى جسمية ، والشعور بالوحدة أو العزلة ، وقلق الانفصال ، وفقدان النشاط ، وعدم الاكتراث ، واضطراب العلاقات الأسرية والاجتماعية مع

الأقران في المدرسة. والمثال التالي يوضح ذلك:

«حين قدم للعلاج بدا بوبي، الذي يبلغ من العمر عشر سنوات، مغتماً وكئيباً. وقد أشار بوبي إلى أن والديه قد أتوا به إلى العيادة النفسية لأنهم يعتقدون أنه يعاني من مشكلات انفعالية. وحين طلب منه التوضيح قال بأنه غير متأكد من نوع المشكلات الانفعالية، وأنهم يعتقدون ذلك لأنه يبكي أكثر الوقت، وعند مراقبة بوبي في ساحة اللعب بدا عليه قلة النشاط وعدم الاكتراث بالنسبة لطفل في العاشرة، وخلال المتابعة، كان من الصعب أن يستمر في نشاط ما لأكثر من بضع دقائق. وقد أشار إلى عدم رغبته بالمدرسة لأنه لا يملك أصدقاء ولا يلعب جيداً في الكرة، وقال (إني غير جيد في أي شيء)، ثم صرح بأن كل شيء طبيعي، باستثناء كون والديه يعملون كثيراً ولا يقومون معاً بأي نشاط مشترك. وحين سؤاله ما هو النشاط الذي يرغب القيام به مع والديه، أجاب (أرغب في أن يكون لي أصدقاء، وأن لا أشعر بالحزن). وعند الحديث مع والديه، أجابت الأم بأن الأب قد اهتم به كثيراً في الآونة الأخيرة، وأن الحزن والبكاء يسيطر عليه أكثر الوقت، ويبكي دون سبب، كما أنه فقد الاهتمام بالكثير من الأشياء التي كان يتمتع بالقيام بها. إن عمله المدرسي قد تأثر بسبب ذلك وغير قادر على التركيز والتحصيل وإنجاز المهمات الدراسية».

إن الاكتئاب في مرحلة الطفولة قد يأخذ أشكالاً متنوعة: فقد يكون حاداً، أو مزمناً، أو يكون اكتئاباً مقنعاً. وسوف نشرح هذه الأنواع بشيء من التفصيل.

ـ ردود الفعل الاكتئابية الحادة Acute Depressive Reactions. في هذا النوع من الاكتئاب، يبدي الأطفال عدداً من مظاهر الاكتئاب وأعراضه كما تستمر مع وجود أحداث معينة ترافقها في حياة الطفل. هذه الأحداث قد تختلف من حالة إلى أخرى أو من طفل إلى آخر إلا أنها جميعها تضم فقدان شيء أساسي وعظيم، وقد قال سترن أن هذا الشيء المفتقد هو الانفصال (أي

افتقاد الأم) ، والانسحاب من الأنشطة ، وفقدان المودة أو العطف ، أي افتقاد أشياء مهمة في بيئته.

ـ ردود الفعل الاكتئابية المزمنة Chronic Depressive Reactions. في هذا النوع من الاكتئاب يبدي الأطفال اكتئاباً واضحاً ، مع ما يرافقه من صفات تميزه ، تظهر بصورة تدريجية وليس فجأة (كما في السابق). ويتضمن هذا الاكتئاب ، تاريخاً طويلاً من الانفصال المتكرر الذي يعيشه الطفل إضافة إلى الافتقاد وما يرافقه من أحداث ممهدة ، تحدث الاضطراب الاكتئابي.

ـ ردود فعل الاكتئاب المقنع Masked Depressive Reactions. وفيه يبدو الاكتئاب عند الطفل مقنعاً أو مستتراً بمظاهر سريرية أي أعراض أخرى. فقد يظهر الطفل النشاط الزائد ، أو مشكلات سيكوسوماتية ، أو انحرافاً اجتماعية يبدو وكأنها هي المشكلات التي يعانيها الطفل وتتطلب المعالجة. لقد افترض بعض العلماء أن مثل هذه الحالات يكون الاكتئاب الأساسي الذي يقف خلفها والذي لا يكون واضحاً ، قد يصبح ظاهرياً خلال سياق العلاقة العلاجية مع المعالج ، كأن يظهر الاكتئاب حين الاستجابة إلى الاختبارات الإسقاطية مثلاً.

تشخيص الاكتئاب عند الأطفال وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية:

لقد بيّن علماء النفس الصفات اللازمة لتشخيص الاكتئاب في مرحلة الطفولة وتصنيفها (كالتصنيف السابق ذكره). ومع أن العاملين في هذا المجال لم يتفقوا على المعيار المعتمد في عملية التشخيص ، إلا أن هناك اتفاقاً على الخطوط العامة التي توجه عملهم في تشخيص الاكتئاب عند الأطفال.

إن المعيار التشخيصي واللوحة السريرية للاضطرابات الانفعالية كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل عام ١٩٨٧ ، لم يصمم أساساً للاستعمال مع الأطفال ، ولكن هنا مبرر يدعم الاعتماد عليه في هذه المرحلة العمرية أيضاً. إن أول معيار وضع لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال كان من قبل ستيرين ، حيث وضع الصفات التي تميز الاكتئاب وفقاً للدليل

التشخيصي وما يتفق عليه المعالجون النفسيون. وقد أشار إلى فئتي الاكتئاب الحاد والمزمن باعتبارهما جزءاً أساسياً في التصنيف، وكما اعتمدها الدليل التشخيصي ضمن فئة حالات الاكتئاب الرئيسية: الاكتئاب الحاد الذي توجد فيه العلامة الرئيسية للاكتئاب مع ضغوط نفسية اجتماعية شديدة، والاكتئاب المزمن حيث توجد مؤشرات الاكتئاب مع تاريخ عائلي إيجابي. وقال سيترن (١٩٨٤): بالرغم من أن الدليل التشخيصي يضع في تصنيفه فئة الاكتئاب المقنع، فإن هذه الفئة، يبدو أنها غير مفيدة أو هامة كالفئتين الأوليتين للاكتئاب (أي الحاد والمزمن)، كما أنها غير جوهرية. هذا الوضع الخاص بالنسبة للاكتئاب المقنع، قد أكده عدد من علماء النفس. إن المعيار التشخيصي للاكتئاب عند الأطفال أو لوحته السريرية كما وردت في الدليل ذات قيمة هامة في العديد من الدراسات التجريبية والعيادية، ولتحديد مدى انتشاره وطريقة تشخيصه وقياسه عند الأطفال. وفيما يلي المعيار أو اللوحة السريرية للاكتئاب عند الأطفال كما وردت في الدليل التشخيصي:

أ ـ هبوط في المزاج، أو فقدان الاهتمام أو عدم السعادة في مختلف الأنشطة. وما يميز الهمود في المزاج، الأعراض التالية: الاكتئاب، الحزن، العجز، اليأس، حساسية، تهيج. هذا الاضطراب في المزاج يستمر ويبقى ثابتاً نسبياً، ولكن ليس بالضرورة العرض السائد المهيمن، أو لا يتضمن الانتقال الآني من حالة همود مزاجي إلى حالة أخرى، كالانتقال من القلق إلى الاكتئاب إلى الغضب، كما هو الحال في الذهان الحاد (كالذهان الدوري). وبالنسبة للأطفال دون سن السادسة يمكن استنتاج هذه الحالة المزاجية عند الطفل من وجود الحزن الثابت في تعبيرات الوجه.

ب ـ وجود أربعة على الأقل من الأعراض التالية، وذلك كل يوم تقريباً، ولمدة تمتد حتى أسبوعين:

١ ـ ضعف الشهية أو فقدان وزن (حتى بدون حمية)، أو زيادة واضحة في الشهية بحيث يزداد الوزن بوضوح (في حالة الأطفال دون سن السادسة نلاحظ فقدان الوزن).

٢ ـ أرق أو فرط في النوم.

٣ ـ تهيج بطيء نفسي حركي وليس مجرد الشعور بعدم الراحة (عند الأطفال دون السادسة نلاحظ النشاط الزائد).

٤ ـ فقدان الاهتمام وعدم الشعور بالسعادة عند القيام بالأنشطة المعتادة ، ونقص الدافع الجنسي (دون السادسة نلاحظ اللامبالاة والتبلد).

٥ ـ فقدان الطاقة والشعور بالتعب والإعياء.

٦ ـ شعور بالتفاهة ، وتدني تقدير الذات ومشاعر الذنب.

٧ ـ شكاوى معددة وضعف القدرة على التركيز أو التفكير مثل بطء التفكير مع فقدان في الأفكار.

٨ ـ تفكير متكرر في الموت ، أفكار انتحارية ، رغبة بالموت ، محاولات انتحار.

ج ـ في حال غياب الأعراض كما في المعيارين (البندين) السابقين أ وب ، نجد ما يلي:

١ ـ انشغال مسبق ومستمر يرافقه توهمات أو هلوسات.

٢ ـ سلوك شاذ وغريب.

د ـ لا يدخل الاضطراب في أي من الاضطرابات الذهانية كالفصام أو الزور.

هـ ـ لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي المنشأ كالذهانات العضوية مثلاً.

يلاحظ أن المعيار التشخيصي قد تضمن توهمات Delusions وهلوسات Hallucinations وسلوك غريب شاذ مما يظهر في بعض حالات الاكتئاب الحاد عند الراشدين. في الواقع بالنسبة لحالة الاكتئاب عند الأطفال ، يجب أن نتنبه إلى أن هذه الأعراض لا تتواجد عندهم. أما الاكتئاب الذهاني عند الأطفال فإنه نادر الحدوث.

العوامل السببية للاكتئاب «نظريات تفسيرية»:

هناك عدد من النظريات التي فسرت الاكتئاب عند الأطفال، وبالرغم من أن هذه النظريات وضعت لتفسير الاكتئاب عند الراشدين ، إلا أننا يمكن اعتمادها في فهم الاكتئاب عند الأطفال ، وقد أكدت العديد من الدراسات فائدتها العلاجية.

١ ـ **العوامل البيولوجية:** لقد ركزت البحوث في هذا الميدان على دور العوامل الوراثية ، والدور الذي يمكن أن تلعبه ضروب الشذوذ البيوكيماوي وخاصة الناقلات العصبية التي تسمح بمرور الدفقات العصبية عبر الخلايا. وقد بين كيشاي أن ٧٦٪ من التوائم المتشابهة التي تعاني اضطرابات انفعالية بالمقارنة مع التوائم المختلفة التي كانت النسبة فيها ١٩٪ ، كما لاحظ أن ٦٧٪ من التوائم المتماثلة عانت حدة الاضطرابات حيث تم تربيتها في بيئات مختلفة كل منها على حدة. ومع أنه لا توجد دراسات توضح الطريقة الخاصة التي تنقل فيها هذه الخواص الجينية ، إلا أن هذه البحوث قدمت دليلاً عاماً على دور العوامل الوراثية وخاصة بالنسبة للراشدين. وهناك دلائل تؤكد انتشار الاكتئاب عند الأطفال الذين يعاني والدوهم من هذا الاضطراب ، ولكن الدور الذي تلعبه هذه العوامل غير واضح. وبالرغم من وجود بعض الأدلة من دراسات أجريت على الراشدين ، حول دور العوامل البيوكيماوية في بعض مرضى الاكتئاب ، فإن أكثر الدراسات في هذا المجال أجريت على الأطفال ، والنتائج الواضحة غير متاحة.

٢ ـ **نموذج ضغوط الحياة (الشدات النفسية):** لقد بينت عدة دراسات أن الاكتئاب قد ينتج عن معاناة الشخص ومروره بخبرات وتجارب حياتية ضاغطة وسلبية مثل الانفصال ، الطلاق ، موت عزيز ، فقدان عمل ، هجرة ، خسارة مادة. وقد بين العالم بايكل أن مرضى الاكتئاب من الراشدين يظهرون درجات عالية من أحداث الحياة وتغيراتها بالمقارنة مع المجموعات الضابطة (السوية). وقد أكد هذا العالم أن مثل هذه الدرجات العالية من ضغوطات وأحداث الحياة تزيد من الأفكار الانتحارية عند المكتئب. وقد أكد ساراسون أيضاً ، أن هناك

علاقة وثيقة بين أحداث وضغوطات الحياة وبين درجات الاكتئاب. أما الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين فقد بينت الدور الذي تلعبه ضغوط الحياة في الاكتئاب. ففي دراسة قام بها جونسون (Johnson ١٩٨٠)، ثبت وجود علاقة بين تغيرات وأحداث الحياة وبين علامات الاكتئاب عند الأطفال، وكذلك الأفكار الانتحارية. ولذلك نقول إن الشدات النفسية أو ضغوطات وأحداث الحياة السلبية، تعتبر عاملاً من عوامل الاكتئاب عند الأطفال والراشدين. وكثيراً ما ننظر إلى هذه الأحداث على أنها العامل المفجر والحاسم الذي تظهر بعده الأعراض مباشرة.

٣ ـ **النموذج والتفسير السيكودينامي**: يوضح هذا الاتجاه، الدور الذي يلعبه الافتقاد أو فقدان شيء في نمو الاكتئاب، والافتقاد المقصود، قد يكون واقعياً (مثل فقدان أحد الوالدين بالوفاة أو الطلاق) وقد يكون رمزياً (مثل فقدان مكانه أو مركز). ووفقاً لهذا، فإن الاكتئاب يحدث نتيجة لافتقاد موضوع الحب، ولأن الشخص يحمل مشاعر متناقضة تجاه موضوع الحب (الافتقاد) فإنه قد يوجه مشاعره العدائية نحو ذاته فيعاني الاكتئاب ولوم الذات. هذا النوع من ردود الفعل نحو افتقاد موضوع الحب يحدث أساساً عند الأفراد الذين يتصفون بالتثبيت Fixation في المرحلة الفموية من مراحل النمو النفسي الجنسي، ويكونوا اتكاليين كما يخبرون تجارب الافتقاد لموضوعات هامة في حياتهم.

٤ ـ **التفسير السلوكي والمعرفي**: لقد ركز بيك وكوفاتش على دور العوامل المعرفية في الاكتئاب. وقد افترض بيك أن الاكتئاب مرتبط بطريقة إدراك الفرد للأحداث في بيئته، وأن المكتئب يظهر طريقة لتفسير الأحداث بشكل يسهم في خلق مشاعر لوم الذات والتنديد بها ومشاعر الفشل، واليأس، مؤثرة في مزاجه العام وطريقة تفاعله مع العالم الخارجي. وهناك اتجاهات متعددة لهذا المنحى السلوكي في تفسير الاكتئاب. فقد افترض فيرستر أن المظاهر المتنوعة للاكتئاب قد تنتج عن الحاجة إلى معززات إيجابية فعالة في البيئة، والتي قد تحدث بسبب أحداث وعوامل متعددة تمتد من تغير مكان السكن إلى الفشل في

المهارات الاجتماعية أو التواصل إلى السلوك المهني.

هذا التفسير يشبه بعض الشيء التفسير السيكوديناميي من حيث ربطه الاكتئاب بفقدان موضوع هام في حياة الشخص. ومن النظريات السلوكية في تفسير الاكتئاب، ما يركز على دور التعلم، وخاصة نظرية سليجمان Sligman (١٩٧٨) الذي يفسر الاكتئاب في ضوء مفهوم العجز المكتسب أو المتعلم.

وبالرغم من سليجمان قد أعاد صياغة مفهومه عن العجز المكتسب في الفترة الأخيرة، فإن هذه الصياغة الجديدة أكثر تعقيداً وتركيباً من الصياغة الأصلية. ويفترض أن الاكتئاب يحدث عند الأفراد نتيجة لتاريخهم التعليمي حيث يدركون ذواتهم على أنهم عاجزون وغير قادرين على التحكم بأحداث حياتهم وبيئتهم. وقد شدد كاشاي على العلاقة بين العجز المكتسب واضطرابات الاكتئاب عند الأطفال، كما أن أكثر هذه النتائج قد تم التوصل إليها من خلال التجارب على الأطفال.

انتشار الاكتئاب وحدوثه عند الأطفال:

لقد ركزت عدة دراسات على مدى حدوث الاكتئاب ونسبة انتشاره بين المرضى النفسيين. وقد وجد وينبرغ ورفاقه أن ٥٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٢ سنة يعانون من الاكتئاب وفقاً للمعيار التشخيصي الذي وضعه الدليل، وكما سبق ذكره. من جهة أخرى فقد وجد برومباك ورفاقه (Brumback and Others) أن (٦٢) من أصل (١٠٠) من المرضى النفسيين الذين أحيلوا إلى المراكز النفسية والتربوية، يعانون من الاكتئاب في مرحلة الطفولة. أما عالم النفس بيرس فقد وجد أنه من بين ١٥ ـ ٢٠٪ من الأطفال الذين أحيلوا للمعالجة النفسية، يعانون من الاكتئاب، كما تبيّن في دراسة أخرى أن ٥٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ ـ ١٢ سنة من الذين تم إحالتهم إلى العيادات النفسية، يعانون من الاكتئاب.

يتبين من هذه النتائج، أن الدرجة العالية من حدوث الاكتئاب في الطفولة هو بين الأطفال الذين أحيلوا إلى مراكز العلاج النفسي ويعانون من مشكلات

متنوعة. وهناك دراسة حديثة أجراها كارلسون Carlson على عينة من الأطفال عددهم (٢١٠) تم اختيارهم من مراكز العلاج في معهد الطب النفسي، كما تم تشخيصهم باستخدام مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory كما أجريت مقابلات لـ (١٠٢) طفل ينطبق عليهم المعيار التشخيصي للاكتئاب كما وضعه الدليل التشخيصي الثالث المعدل (السابق ذكره)، ووجد أن ٦٠٪ من الأطفال يعانون من أعراض اكتئابية، وأن ٤٠٪ يعانون من الاكتئاب وفقاً لمقياس بيك.

بسبب صعوبة التوصل إلى نتائج نهائية من هذه الدراسات، فإن انتشار الاكتئاب يبدو ضعيفاً نسبياً في المجتمع الأصلي للأطفال، ولكنه أكثر حدوثاً بين الأطفال الذين تمت إحالتهم إلى المراكز العلاجية.

البحوث: بعض المتغيرات والنتائج الحديثة حول الاكتئاب عند الأطفال:

لقد أجريت دراسات عديدة حول العلاقة بين الاكتئاب ومتغيرات أو خصائص الأسرة. فقد تبين لعالم النفس سترن، أن أشكال الاكتئاب المتنوعة، مرتبطة بالخلفيات الأسرية المختلفة. كما لاحظ أن عائلات الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب الحاد؛ يعانون من اضطرابات نفسية أيضاً، أما عائلات الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب المزمن، فيعانون من اضطرابات الاكتئاب المتنوعة. وقد بينت دراسات أخرى وجود تاريخ مرضي في الاكتئاب عند أسر الأطفال الاكتئابيين ففي عينة تتألف من ٢٠ طفلاً مكتئباً، وجد عالم النفس كونيل، أن ١٢ منهم يعانون من الاكتئاب، وأن ٤ حالات أخرى، لهم أقارب يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة. وفي دراسة أخرى تبين أن ٥٠٪ من عينة الأطفال المكتئبين الذين درسوا، هناك على الأقل أحد الوالدين يعانون من الاكتئاب. وفي الدراسات الوصفية، وجد تشابه بين الأطفال المكتئبين ووالديهم، فالأطفال الذين يعانون من الاكتئاب أظهروا أشكالاً من السلوك العدواني، وضعف الضبط الانفعالي، في حين كان والدوهم يعانون من مشكلات حادة في التعامل مع العدوان. وفوق ذلك فقد تبين أن والدو الأطفال المكتئبين غالباً ما يكونوا مرفوضين أو منبوذين من قبل

أبنائهم ، ويستجيبون لهم بطريقة غير جيدة. لقد وجد بعض العلماء ، أن بيئة الأطفال الاكتئابيين ينقصها المعززات الإيجابية الكافية والفعالة ، وقد تحدث هذه البيئة شعوراً بالعجز وضعفاً في القدرة على التحكم بالبيئة ، هذه المشاعر ترتبط أساساً بالاكتئاب وتميزه كما وضح سليجمان. وقد أجريت دراسة لتبيان نمط العلاقة بين أفراد الأسرة عند عينة من الأطفال المكتئبين ، باستخدام طريقة المقابلة الأسرية. والمثير في هذه الدراسة ، أن العلاقات السيئة بين الأم والطفل كانت واضحة ، ولكن فقط خلال الوقت الذي يكون فيها الطفل مكتئباً ، إضافة إلى ضعف العلاقات الاجتماعية مع الأقران. إن هذه النتائج تفترض أنه ليس فقط ضعف المهارات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات مع الأقران هي المشكلة الهامة عند الأطفال المكتئبين ، ولكن نوعية العلاقات بين الوالدين والطفل ، قد تكون نتيجة أيضاً وليست سبباً في الاكتئاب عند الأطفال.

لقد حاول لون ورفاقه (leon 1980) تقديم معلومات تتعلق بأشكال السلوك المرتبطة بالاكتئاب عند الأطفال ، وأخذ معطيات من ١٣٨ طفلاً في المدارس الابتدائية ومن والديهم وذلك بهدف إجراء تقويم لانتشار الاكتئاب عند الأطفال والخصائص أو الصفات المرتبطة به. وقد اختير ٢١ طفلاً من المجموعة المدروسة كانوا يعانون من الاكتئاب بعد أن طبق عليهم مقياس الاكتئاب مثل استخبار شخصية الطفل (PIC) واختبار الاكتئاب لبيك (BDI) ، وكذلك ٢١ طفلاً لا يعانون من الاكتئاب. ومن المقاييس الأخرى المستخدمة على العينة استخبارات الوالد والمعلم من وضع كونر Conner Parent Teacher Questionnaire (الذي يقيس مشكلات مثل اضطرابات التصرف والسلوك ، القلق ، مشكلات التعلم ، مشكلات سيكوسوماتية) ، وكذلك مقياس الاكتئاب عند الأطفال من وضع كوفاتش وبيك Kovacs and Beck Children Depression Inventory ، وكذلك مقياس العمليات المعرفية عند الأطفال Cognition Process Inventory (الذي يقيس عمليات العزو ، وتفسير الأحداث والتوقعات ، والمطامح وطريقة التفكير). وقد وجد علاقة

وثيقة بين هذه المقاييس مع الاكتئاب عند الأطفال. وتبين أن الأطفال المكتئبين يعانون من اضطرابات في التصرف والسلوك، والقلق والاندفاعية، والنشاط الزائد، ومشكلات التعلم، وأعراض سيكوسوماتية، بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء، كما تبين أنهم على درجة عالية من ضعف الانتباه، ومن السلبية بالنسبة لأقرانهم الأسوياء. إن الأطفال المكتئبين كانوا يعزون Attribute وينسبون الأحداث الإيجابية لأسباب خارجية، أما الأحداث السلبية فيعزونها لعوامل داخلية بالمقارنة مع الأسوياء. من جهة أخرى، فقد بين سترن ورفاقه، أن الأطفال المكتئبين قد أظهروا مستويات منخفضة من الناقلات العصبية وخاصة النورابنفرين Norepinphrine وكذلك حامض الفينيل منديليك Vanillmandlic acid مما يدل على خلل بيوكيماوي، وذلك في دراساته التي أجراها على مجموعات من الأطفال المكتئبين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٠ سنوات.

مآل الاكتئاب (بماذا ينذر وما سيؤول إليه):

هناك دراسات قليلة حول مآل الاكتئاب عند الأطفال. ولكن دراسة العالم بوسنانسكي (Poznanski 1976) التي تابع فيها عشرة أطفال مكتئبين لمدة تزيد عن ست سنوات، تعتبر ذات أهمية خاصة. وفي وقت إعادة التقويم، فإن الأطفال ظلوا يعانون من الاكتئاب. وتوصل الباحث إلى نتيجة، هي أن سلوك هؤلاء الأطفال يشبه سلوك الراشدين المكتئبين. كما تبين أيضاً أن هؤلاء الأطفال الذين كانوا يظهرون العدوانية، قد انخفضت نسبها عندهم، لكنهم أصبحوا أكثر اتكالية في سلوكهم. أما دراسة كوفاتش Kovacs فقد أظهرت أن الأطفال الذين شخصت حالتهم الاكتئابية وفق المعيار التشخيصي، إذا لم يشفوا بعد سنة من العلاج، فليس من المحتمل شفاؤه في السنة التالية أيضاً، كما يستمرون في إظهار أشكال من سوء التكيف ترافق الاكتئاب. ووجد أنه بعد تسعة أشهر من تشخيص الاكتئاب عند عينة من الأطفال، تبين أن ٩٠٪ منهم قد اختفت عندهم اضطرابات التكيف بعد فترة علاج استغرقت ٦ حتى ٩ أشهر.

علاقة الاكتئاب بالانتحار :

إحدى المظاهر المقلقة بالنسبة للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين ، هي علاقته بالسلوك الانتحاري ، ومع أن الانتحار نادر الحدوث في مرحلة الطفولة وما قبل البلوغ ، فإنه يحدث ضمن هذه الفئة . ووفقاً للمركز الدولي لإحصاء الصحة (١٩٧٧) فإن حالات الانتحار الناجحة تتراوح بين ١/ ١٠٠ ألف بالنسبة للأعمار من ١٠ حتى ١٤ سنة ، إلى ٧/ ١٠٠ ألف للأعمار من ١٥ حتى ١٩ سنة. في الواقع ، يعتبر الانتحار المسبب الثالث الذي يقود إلى الموت بين المراهقين (بعد الحوادث والقتل) كما أنها في تزايد مستمر كما بين العالم روسن Rosen (١٩٨٢). إن معرفتنا بهذه المتغيرات والعوامل التي تقود إلى الانتحار عند الأطفال والمراهقين غير كافية ، كما أن هناك سوء فهم حول الانتحار في مرحلة الطفولة كما يوضحه الجدول التالي :

١ ـ لا يحدث الانتحار دون سن السادسة .

٢ ـ السلوك الانتحاري في مرحلة الكمون نادر الحدوث .

٣ ـ من الناحية السيكودينامية والنمائية ، لا يحدث الاكتئاب الحاد في مرحلة الطفولة .

٤ ـ محاولات الانتحار عند الأطفال ، تمثل اندفاعات انفعالية وليست نتيجة محاولات مسبقة طويلة الأمد .

٥ ـ الأطفال غير قادرين معرفياً وجسمياً على تنفيذ الانتحار بنجاح .

٦ ـ أكثر أفعال الانتحار في الطفولة هي محاولات وليست خطيرة .

٧ ـ لا يملك الأطفال معاني ومبررات ممكنة لقتل أنفسهم .

يبين هذا الجدول حالات سوء الفهم حول السلوك الانتحاري في مرحلة الطفولة .

يرتبط السلوك الانتحاري بالاكتئاب ، بعلاقة ذات دلالة إحصائية. فقد وجد كارلسون وكانتويل Carlson and Cantwell (١٩٨٢) أن الأطفال الذين دخلوا المشفى لمحاولاتهم الانتحار ، قد حصلوا على درجات عالية من

الاكتئاب، كما قيس في اختبار الاكتئاب للأطفال. وقد بحثا العلاقة بين خطورة أفكار الانتحار وشدة الاكتئاب. إضافة إلى ذلك فقد وجد كروملي أن ٤٠ حالة من حالات الانتحار كما شخصت وفقاً للمعيار التشخيصي (DSA III R) قد عانوا من اضطرابات انفعالية (مع غياب حالات الهلع)، وتتفق هذه النتائج مع دراسات قام بها فيفر حين أشار إلى الحالات المتكررة من الاكتئاب خلال الشهر الذي تسبق محاولات الانتحار عند الأطفال. وقد كانت ضغوطات الحياة والشدات النفسية من العوامل الحاسمة والمفجرة لحدوث الاكتئاب. كما تبين أن الأطفال الذين حاولوا الانتحار، قد أظهروا مستويات عالية من الضغوطات والشدات النفسية بما فيها خلافات أسرية وفقدان وطلاق.

بالرغم من وجود دلائل على العلاقة بين الاكتئاب والانتحار عند الأطفال، إلا أن هناك عوامل فعالة ومساعدة في هذه العلاقة، منها المشكلات الأسرية، والطلاق، والانفصال، والرغبة في التخلص من ضغوطات حياتية، ووجود أعراض مرضية. إن كل هذه العوامل يجب بحثها بدقة. وحتى لو أظهر الأطفال أحياناً محاولات لجذب انتباه الوالدين واهتمامهم، فإن القدرة على التنبؤ غير دقيقة في التمييز بين الطفل الذي يحاول الانتحار والذي عنده رغبة في الموت. هناك حالات تكون فيها محاولات الأطفال ناجحة، في معرفتهم للأساليب الانتحارية، ومع ذلك يجب النظر إليها بدقة واهتمام. إن الأطفال الذين تراودهم أفكار الانتحار، بحاجة إلى علاج نفسي مكثف، من أجل مواجهة الأزمات والشدات النفسية التي يواجهونها والتي تسهم في خلق حالتهم هذه. وطرق العلاج المتبعة هي: العلاج النفسي خارج المشفى، والعلاج الدوائي، والعلاج التكاملي داخل المشفى، مع متابعة الحالة باستمرار.

علاج الاكتئاب عند الأطفال:

لقد شدد عدد من المعالجين النفسيين على دور العلاج الفردي، والعلاج الأسري أو علاج العائلة، والعلاج الجماعي، وفعاليته في معالجة الاكتئاب. وهناك مؤشرات تبين أن العلاج الدوائي ذو قيمة عالية، وأن مضادات

الاكتئاب مثل الإميبرامين Imipramine (توفرانيل) وكذلك أميتربتلين Amitriptyline (إلافيل) لها نتائج إيجابية وجيدة. وقد تبين أن ٧٥٪ من الأطفال قد استجابوا بشكل جيد لهذه الأدوية. وبغض النظر عن فوائدها واستعمالها ، فإن العالم كاشاني Kashani لاحظ أن هناك اتفاقاً واضحاً وإجماعاً عاماً ، على أنه حين استعمال هذه الأدوية يجب الانتباه إلى البيئة المحيطة بالطفل ، مثل الأسرة والعلاقات بين الفرد وبيئته وفي المدرسة أيضاً ، وأنه يفضل استعمال عدة طرق علاجية.

* * *

الفصل السابع
الاضطرابات السيكوسوماتية
(الجسمية النفسية المنشأ)
«العوامل النفسية والأمراض الجسمية عند الأطفال»

مقدمة:

يركز هذا الفصل على الأمراض (والأعراض) الجسمية وليس النفسية، ولكن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً وحاسماً فيها، هذه العوامل تعتبر بمثابة العامل المفجر لحدوث الاضطراب، أو التي تحافظ على بقائه وجعله مزمناً، وتطويره لمزيد من التعقيد وتسمى هذه الاضطرابات بالأمراض السيكوسوماتية أو السيكوفيزيولوجية (الجسمية - النفسية المنشأ)Psychosomatic Disorders. في بعض الحالات قد تنتج التغيرات والأعراض النفسية عن الاضطرابات الجسمية بدلاً من أن تساهم فيها (كما في الذهانات العضوية أو الأمراض العقلية العضوية المنشأOrganic Mental Disorders).

سنبحث في هذا الفصل الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ عند الأطفال، وهي الأمراض العضوية التي تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دوراً هاماً في نشوئها والمحافظة عليها.

العوامل النفسية التي تؤثر في الحالة الجسمية العضوية: نظرة تاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية:

الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الأمراض العضوية التي تلعب العوامل النفسية دوراً أساسياً في حدوثها وتطورها، وتختلف هذه الحالات عن الاضطرابات الهستيرية والتحويلية التي درسناها في الفصل السابق، والتي تصاب فيها وظائف الأعضاء بالعطل مع غياب العوامل العضوية، أما الاضطرابات السيكوسوماتية موضوع بحثنا الحالي، فتتضمن إصابة وخللاً في الجسم وفي أحد أعضائه، وتكون العوامل النفسية هي الأساس في تطور الاضطراب وخاصة تحت بعض الظروف والأزمات النفسية. وتتراوح هذه العوامل النفسية بين الضغوط والشدات النفسية حتى الصراعات اللاشعورية، والخبرات الانفعالية والعدوان.

لقد افترض البعض أن العوامل النفسية هي التي تؤثر في الفرد الذي عنده استعداد للإصابة بالاضطرابات الجسمية العضوية، كما ركز بعضهم الآخر على المتغيرات والعوامل النفسية مهملين العوامل البيولوجية والكيماوية. وبعضهم قد عالج هذه الاضطرابات بالعلاج النفسي مستنداً في ذلك إلى المنشأ النفسي للاضطراب. وتضم هذه الفئة من الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ (أي السيكوسوماتية) عدداً من الأمراض مثل: ارتفاع ضغط الدم Hypertension، فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa، الربو Asthma، القرحة، السكري، التبول اللاإرادي، والتبرز اللاإرادي باعتبارها قائمة على عوامل نفسية. ولمعرفة هذه الاضطرابات وتصنيفها يمكننا الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني المعدل للأمراض النفسية (DSM II R) الصادر عام (١٩٦٨) والمتضمن مايلي:

اضطرابات الجلد السيكوسوماتية، اضطرابات العضلات والمفاصل، اضطرابات التنفس، أمراض الغدد، الاضطرابات السيكوفيزيولوجية، أمراض القلب، اضطرابات الهضم، كما افترض البعض أن السرطان يدخل ضمن هذه الفئة من الاضطرابات لأن الضغوط النفسية تلعب دوراً هاماً فيها.

بغض النظر عن شيوع هذه الاضطرابات والأنواع التي تضمها كل منها ، فإن هناك جدلاً مستمراً حول الأمراض التي تشملها. وكما تبين فالاعتقاد بأن هناك اضطرابات عضوية تتميز عن غيرها من الأمراض التي تكون عواملها نفسية ، قد دفعت عدداً من الباحثين لدراستها وكشف طبيعتها. إن وجهات النظر والاتجاهات المتنوعة حول مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية ، تتغير في توجهها. وأهم تفسير لدور العوامل النفسية والبيولوجية في الصحة والمرض ، يقدمه ليبوسكي (١٩٧٧) حيث يقول:

«إن مفهوم المنشأ النفسي للمرض العضوي ، يقدم لنا طريقة لفهم الأسباب المتعددة في كل اضطراب ، كما يتفق مع الاتجاه الذي يعتبر أن العوامل النفسية والاجتماعية تساهم دوماً في الصحة والمرض ، وبالتالي في معدل الوفيات. إن الدور الذي تلعبه هذه العوامل يختلف من مرض إلى آخر ومن شخص إلى آخر ، فإذا تم الاتفاق على هذا فإن من الواضح أن نميز بين هذه الفئة من الاضطرابات المسماة السيكوسوماتية.

يتفق علماء النفس والمعالجون النفسيون على أن كل الاضطرابات سواء السيكوسوماتية ، أم غيرها ، إنما تتضمن تفاعل العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية. وقد برز هذا الاتجاه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (DSM II R, DSM IV) حيث ضم فئة تشخيصية فيها حول العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية ، كما هي في الجدول التالي:

١ ـ إن المثيرات البيئية ذات التأثير النفسي ، ترتبط في بدء أو تطور الحالة الجسمية ونموها (المحور الثالث).

٢ ـ الاضطرابات الجسمية تبدو كخلل عضوي واضح (التهاب القولون) أو عملية عضوية مرضية معروفة (صداع ، إقياء).

٣ ـ لا تعزى هذه الحالة إلى أي اضطراب جسمي عضوي آخر.

يتضمن هذا الجدول كما ورد في الدليل ، لوحة تشخيصية ، ولكنه يعمل لتوضيح دور العوامل النفسية المساهمة في حدوث الاضطراب وتطوره ، وجعله مزمناً. إن العوامل النفسية قد تؤثر بدرجة نمطية واحدة في اضطرابات معينة أكثر من غيرها. والنتيجة أن انتباهاً بدا يتركز على دور هذه العوامل النفسية في نشوء الاضطرابات المختلفة. سوف نركز في هذا الفصل على الأمراض الجسمية النفسية المنشأ (السيكوسوماتية) في مرحلة الطفولة ، وطبيعتها وعواملها النفسية. ومن هذه الأمراض التي سنبحثها: الربو ، فقدان الشهية العصبي (أو القهم العصابي كما يسمى) التبول اللاإرادي ، التبرز اللاإرادي ، التهاب المفاصل.

الربو عند الأطفال:

لمحة تاريخية: يحدث الربو بنسبة ٢ ـ ٤ من المجتمع الأصلي ، وبالرغم من حدوثه عند الأطفال والراشدين ، فإن ٦٠٪ من المرضى دون سن السابعة عشرة. مما يدل على أنه اضطراب يميز مرحلة الطفولة والمراهقة. وفي هاتين المرحلتين من النمو ، فإنه أكثر حدوثاً بين الأولاد منه بين البنات وبنسبة ٢/ ١ تقريباً. إن الأسباب المسؤولة عنه غير معروفة. وقد أشار البعض إلى أن هناك أكثر من (٣٠٠) عامل سببي مفترض عن حدوثه ، وأن أكثر العوامل الافتراضية حداثة ، هو أنه ينتج عن تفاعل مركب للعوامل العصبية والنفسية والمناعية Comlex Interaction of immmunological and neuroloogical Fators والواقع أن الربو يكثر بين أفراد نفس الأسر ، مما يدل على دور العوامل الوراثية فيه كما أكد جونز. إن وراثة حساسية الجهاز التنفسي للمثيرات البيئية والمثيرات التنفسية المحيطة تلعب دوراً هاماً في حدوثه. إن هذه النظرة تتفق مع الافتراض الذي يشدد على دور جهاز المناعة والعوامل العصبية ، أما التركيز على دور هذه العوامل في نمو الاضطراب عند الأطفال خاصة ، فقد تم تأييده حديثاً.

وصف اضطراب الربو وتشخيصه:

يتصف الربو بصعوبة شديدة في التنفس ، كما يتظاهر على شكل سعال ،

وأزيز Sneezing ، وقصر الشهيق الذي ينتج عن ضيق المسارات الهوائية ، والتي تعزى إلى زيادة الإفراز المخاطي أو إلى تضخم الشعب الهوائية. قد تحدث هذه الأعراض بشكل متقطع ، أو تكون ذات طبيعة مزمنة. وقد افترض أن نوبات الربو يمكن أن تنتج عن عوامل عديدة متنوعة كالعدوى ، أو التعرض لمواد تحسسية (كالغبار ، وشعر الحيوان ، والريش) ، والضغوط أو الشدات النفسية. وقد وجد ريس أن هناك عدة عوامل تتفاعل في حدوث الربو. فقد درس الأشخاص الذين عندهم استعداد للإصابة بالربو ، فوجد أن النوبات التي تنتج عن مواد تحسسية ، كانت بنسبة ٥٪ من أفراد العين عند الأطفال ، أما نتيجة العدوى فبنسبة ٢١٪ من أطفال العينة ، ونتيجة العوامل النفسية بنسبة ١٢٪ ، ونتيجة لتفاعل جميع هذه العوامل ، بنسبة ٥٣٪. تؤكد هذه النتائج أن نوبات الربو تحدث نتيجة لتفاعل عدة عوامل نفسية وبيولوجية. والمثال التالي يوضح هذا الاضطراب بعوامله المختلفة:

«إن بداية مريض الربو وعائلته تواجه صعوبات كبيرة ، فالأولاد انمو وترعرعوا وهم يشاهدون أطفالاً آخرين من نافذة غرفة المعيشة التي يقطنوها ، وأكثرهم عند تقدير ذات منخفض ، وغالباً ما يتأثر تحصيلهم الدراسي بسبب تغيبهم المستمر عن المدرسة ، إنهم يشاهدون نفس الأقران والراشدين المتسامحين والذين ينقصهم فهم مشكلاتهم ، وغالباً ما يعاني هؤلاء الأطفال الخجل والارتباك ، الشيء الذي يميز أفراد العائلة ، حيث يشعر الوالدان بالمسؤولية ، والذنب والعجز والغضب. إن الأفراد الذين يعانون الربو في العائلة قد أصبحوا يعاملون الآخرين وفقاً لذلك ، وتعلموا تجنب الأنشطة والمواقف غير السارة. إن من الصعب على المريض أن تبين له ما يعمله بوضوح ، كما أن العديد من أشكال سوء التكيف والسلوك غير المناسب قد يتطور مع محاولة أفراد الأسرة السيطرة عليها. مثل هذه السلوكيات تعيق النمو النفسي والاجتماعي للطفل. وغالباً فإن السلوك غير المرغوب يؤثر في سياق الاضطراب ، كما الكثير منهم ينمو عنده سلوك الخوف من الموت منذ بداية الأزيز في التنفس.

مآل الربو (إنذار الاضطراب وما سيؤول إليه):

إن مآل الربو عموماً جيد وحسن ، حيث تتحسن وتقل الأعراض غالباً خلال فترة المراهقة أو بعدها. وقد وجد كليمون أن ٧٥٪ من الأطفال المصابين قد تحسنت حالتهم مع نهاية المراهقة. إن خطورة الاضطراب في بعض الحالات التي تصل فيها إلى الموت تبلغ حولي ٢/ ١٠٠ حالة كل سنة.

البحوث: دراسات على حالات ربو:

لقد لوحظ أنه حين يتم نقل الأطفال المصابين بالربو من بيتهم إلى مركز العلاج ، فإن بعضهم ما يزال يظهر صعوبات واضحة ، وبعضهم تتحسن الحالة عندهم وتخف الأعراض. إن ملاحظة هذه الاختلافات قادت بعض الباحثين إلى الحكم بأن هناك جماعات فرعية من حالات الربو مميزة عند الأطفال ، وأن هناك عوامل مختلفة تساهم في نمو الأعراض وتطورها والحفاظ عليها عند هذه المجموعات. كما تبين وجود فروق فردية بين هذه الحالات ، فالمثيرات أو الأشياء التي تستدعي الربو تختلف ، كما أنه من خلال المقارنة بين الحالات التي تحسنت وتلك التي تتحسن ، زادت نوبات الربو أثناء التعرض للانفعالات المتنوعة (كالغضب ، والاكتئاب ، والقلق). كما أن طريقة رعاية الطفل وتربيته تلعب دوراً من حيث هي تسلطية أم ديمقراطية. وقد دعمت هذه الافتراضات من دراسات عديدة قام بها بلوك ورفاقه حين طبق اختبار قابلية التعرض للربو Allergic Potential Scale (APS) على مجموعات منفصلة من المصابين بالربو الذين يظهرون استعدادات جسمية وعضوية للحساسية والتحسس ، مع آخرين لا يوجد عندهم مثل هذا الاستعداد للتحسس. إن خطورة أعراض الربو كانت متشابهة بين كل أفراد العينة. وقد افترض أن العوامل النفسية قد تلعب دوراً هاماً في إظهار أعراض الربو عند الأطفال حتى مع غياب القابلية للحساسية بالمقارنة مع الأطفال الذين أظهروا قابلية بيولوجية (تاريخ أسري بالربو ، بيئة تثير الحساسية للربو). إن الأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة في اختبار القابلية (APS) قد أظهروا مشكلات نفسية أقل ، وتميزوا بالحرمان

والرفض من قبل والديهم بدرجة أقل أيضاً بالمقارنة مع الأطفال الذين أظهروا درجة عالية من القابلية البيولوجية للتحسس.

مع أن النتائج قد بينت وجود مجموعات فرعية للأطفال المصابين بالربو والذين عندهم استعداد للإصابة به ، قد تختلف فيما بينها من حيث الدرجة التي تساهم فيها العوامل النفسية في اضطرابهم.

١ ـ إن أي فروق بين هذه المجموعات الفرعية تكون نسبية وليست مطلقة. وحيث إن العوامل النفسية تلعب دوراً أكبر من العوامل البيئية والبيولوجية ، في الاستعداد والقابلية للإصابة بالربو ، فإن الربو يبدأ عادة بواسطة عوامل نفسية تتزامن في وجودها مع العوامل العضوية البيولوجية ، والعكس بالعكس. هذا الافتراض يتفق مع النتائج التي توصل إليها ريس حين أشار إلى أن نوبات الربو تنتج عن عوامل بيئية وبيولوجية ونفسية.

٢ ـ إن العوامل النفسية كثيرة الحدوث عند الأطفال المصابين بالربو ، مما يؤثر في تكرار نوبات الربو وشدتها وطول مدتها أيضاً أكثر من ارتباطها بنمو الاضطراب نفسه ومراحله. وقد بين الكسندر أنه لا يوجد دليل على أن العوامل النفسية تلعب دوراً سببياً في نمو الاضطراب. مما يدل على أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً في أعراض الربو ونوباته وأن هناك بعض الأطفال الذين يتأثرون بهذه العوامل بدرجة اكبر من غيرهم من الأطفال.

نستنتج من هذا ، أن درجة التأثر بالعوامل النفسية للربو (بالتفاعل مع العوامل البيولوجية والبيئية) تكون نسبية من طفل لآخر ، وقد يكون تأثيرها كبيراً جداً عند طفل ما بينما يكون هذا التأثير أقل عند آخر ، وكذلك الأمر بالنسبة للعوامل الأخرى ، وبالتفاعل معها أيضاً.

المتغيرات الأسرية والربو عند الأطفال:

توصل بعض العلماء إلى أن العوامل الأسرية تلعب دوراً هاماً في بعض حالات الربو عند الأطفال ، إلا أن هذا لا يثبت كون هذه المتغيرات والعوامل الأسرية مستقلة عن البيئة والمحيط العام الذي يثير نوبات الربو. وحين يتم اتباع

طريقة العلاج الأسري أو علاج العائلة معهم فإن الطفل المصاب لا تتحسن حالته بالنسبة لمحيطه وأسرته فقط ، بل يتحسن من حيث استعداده البيولوجي. ومن الأفضل حين دراسة هذه العوامل أن نفصل المحيط العائلي عن المحيط الطبيعي. وإحدى الطرق المستعملة لهذا الهدف ، هي إتاحة الفرصة للطفل المصاب بالربو أن يعيش في المنزل ، ونفس الوقت نفصله عن والديه. وقد اتبع هذه الطريقة العالم بور سيل حين درس ٢٥ طفلاً يعانون من الربو المزمن تحت ظروف تجريبية متنوعة. ولتحديد دور العوامل الانفعالية في خلق الاستعداد للإصابة بالربو وتطور النوبات ، تبين أن ١٣ منهم تتحسن حالتهم حين ينفصلون عن والديهم (تنبؤ إيجابي) ، وأن ١٢ منهم لا يحصل على مثل هذا التحسن (تنبؤ سلبي). هذه التنبؤات في التحسن استندت إلى حالات تلعب فيها العوامل الانفعالية دوراً هاماً في خلق الاستعداد للتحسس وظهور نوبات الربو مع العوامل النفسية الأخرى والمتغيرات أو العوامل العائلية التي لها دور واضح.

إن هذه النتائج وكثير غيرها ، تؤكد على أن حدوث أعراض الربو عند الأطفال ، يرتبط بالعوامل والظروف الأسرية مما يقدم دليلاً على مآل الاضطراب والتنبؤ به ، وضرورة إدخال هذه العوامل في العلاج والمتابعة.

الحالات الانفعالية وربو الأطفال:

لقد تبين سابقاً أن الأطفال الذين يظهرون تحسناً حين معالجتهم ، كانت الانفعالات هي العوامل الحاسمة في ظهور الربو عندهم. وقد وجد بورسيل أن الانفعالات تلعب دور الحافز والمثير الذي يستدعي ظهور نوبات الربو ، وتبين ذلك حين فصل هؤلاء الأطفال عن أسرهم. وتتفق هذه النتيجة مع الملاحظات السريرية التي أبرزت دور الانفعالات في الربو. ومن أجل تبيان العلاقة والدور الذي تلعبه الانفعالات في هذا الاضطراب ، يجب إدخال الظروف العائلية ، وقد شدد بوسريل أن هذه العوامل تعتبر بمثابة سوابق (عوامل سابقة) تؤثر في نوع الحالات الانفعالية وشكلها وتكرارها وشدتها واستمراريتها أيضاً ، وتساعد هذه العوامل في حدوث أعراض الربو بسبب تداخلها مع تلك العوامل.

ولهذا الغرض، فقد أجرى بورسيل عدة دراسات لفحص العلاقة بين أعراض الربو والاستجابات الانفعالية ، وتلعب هذه الاستجابات النوعية دوراً نمطياً في نوبات الربو وأعراضه عند بعض الأطفال أكثر مما عند بعضهم الآخر. ويجب معرفة هذا وتمييزه بدقة باستخدام المقابلات التشخيصية ، ومعرفة ظروف حدوث النوبات.

الخوف والهلع وربو الأطفال:

هناك دراسات ركزت على ما يسمى متغير أو عامل الخوف والهلع عند الأطفال المصابين بالربو ، وعلى اتجاهات المرضى نحو الأعراض التي يعانونها وعلاقة هذه الاتجاهات بتطور مرضهم. إن عامل الخوف والهلع عند الأطفال يوضح الدرجة التي يظهر فيها المرضى مشاعرهم الذاتية (قلق ، خوف ، هلع) في استجابتهم للربو. فالأطفال الذين على درجة عالية من حيث الخوف والهلع ، يبدون خائفين ، ويشعرون بالعجز ، وينهارون بسهولة أمام الصعوبات. وقد أكدت بعض الدراسات العلاقة بين الخوف أو الهلع والربو عند الأطفال المصابين به ، وكذلك درجة تمثلهم للعلاج. فالأفراد الذين على درجة عالية من الخوف والهلع ، يعيقون عملية العلاج ، كما يتأخر خروجهم من المشفى. يجب الإشارة إلى أن هذه الدراسات قد شددت على طريقة تعامل المريض واستجابته وأسلوب تكيفه مع نوبات الربو ، وهذه كلها عوامل هامة تؤثر في سير الاضطراب.

علاج الربو:

يعالج الربو عموماً علاجاً طبياً دوائياً ، وخاصة استعمال مركب كورتيكوستيروئيد Corticosteriods ، وإدخال الحالات الخطيرة إلى المشفى. وقد استخدمت تقنيات نفسية عديدة من طرق العلاج النفسي ، وخاصة التحليل النفسي ، والعلاج الجمعي ، والعلاج الأسري أو علاج العائلة ، والعلاج السلوكي. وبالرغم من أن هذه الطرق ذات قيمة ، إلا أننا لا نملك إلا القليل من البحوث المضبوطة حولها. وهناك بعض المعطيات التي بينت فائدتها ، وخاصة تقنية الاسترخاء ، وخفض الحساسية التدريجي

والمنظم. وبالرغم من فائدة العلاج السلوكي في إحداث تغيرات هامة في عمل الرئتين ، إلا أن هذا ما يزال موضع تساؤل وخاصة في الربو. وهناك افتراضات من دراسات سريرية ، أن الطرق السلوكية في العلاج ، مفيدة في التعامل مع الحالات النفسية التي تظهر عند مرضى الربو وخاصة الخوف والهلع والقلق ، والهم واليأس ، وفي تعديل استجاباتهم واتجاهاتهم نحو مرضهم مما يحسن العلاج ويسرعه. وقد أكد الكسندر على دور الأشراط في معالجة حالات الخوف والهلع المرافقة للربو ، إلا أن هذه النتائج غير موثوقة ، وبحاجة إلى المزيد من البحث والاستقصاء المضبوط.

فقدان الشهية العصبي (القهم العصابي):

لمحة تاريخية:

إن أول من كتب عن اضطراب فقدان الشهية العصبي هو العالم ريتشارد مورتون Richard Morton وذلك في عام ١٦٦٤ ، حين وصف حالة فتاة عمرها ١٨ سنة ، وشاب عمره ١٦ سنة ، يعانيان مما سماه الضمور العصبي Nervous atrophy التي تتصف بفقدان الوزن بدرجة مفرطة ، ويبدو على الشخص النحافة الزائدة ، حيث يغطي عظامه الجلد. وفي عام ١٨٦٨ استخدم جول Gull مصطلح القهم العصابي ، مركزاً أن الاضطراب يحدث عند الفتيات الشابات أكثر منه عند الذكور ، وأنه يتصف بفقدان سريع جداً للوزن ، وأنه ينتج عن عوامل نفسية. وبالرغم من كثرة الدراسات التي أجريت على هذا الاضطراب ، فإن عوامله لم تدرس بتفصيل ، وكذلك طرقه العلاجية. وسنلقي بعض الضوء على هذا الاضطراب وتشخيصه وعوامله وعلاجه.

وصف الاضطراب وتشخيصه:

بالرغم من اختلاف علماء النفس والمعالجين النفسيين ، حول الصفات والخصائص التي يجب توافرها قبل إجراء التشخيص الدقيق للاضطراب ، إلا أن هناك أشكالاً ومظاهر عديدة يبدو فيها الاضطراب. والمظهر أو الشكل الرئيسي الذي يأخذه هو التالي:

رفض الطعام ، يرافقه فقدان سريع للوزن ، كما لاحظ عالم النفس (ريسر) أن رفض الطعام قد يحدث حتى مع وجود شهية للطعام ، في حين أن فقدان الشهية للطعام يحدث رفض الطعام. ولذلك فإن استعمال مصطلح القهم العصابي anorexia ، ليعني فقدان الشهية العصبي nervous loss of appetite هو استعمال مغلوط كما يقول هالمي Halmi ١٩٨٥ .

بالإضافة إلى فقدان الشهية للطعام ، فقد يبدي المريض الإقياء أيضاً ، وفي حالات أخرى ، قد تظهر علائم البوليميا أو الشراهة الزائدة (التي تحدث كمرض مستقل عن فقدان الشهية) ويكثر تناولهم المليّنات كما يظهر عندهم الإسهال. إن المرضى بهذا الاضطراب قد لا يهتمون بوزنهم أو حالتهم الجسمية ، كما يرفضون اعتبار حالتهم مرضاً ، بل يتمتعون بحالتهم وبفقدان وزنهم ونحافتهم ، إن أكثر المرضى بهذا الاضطراب يعانون من صورة مشوهة للبدن ، ناتج عن إدراكهم لأنفسهم على أنهم بدينون.

وعند الفتيات اللواتي بدأن الطمث ، قد يحدث عندهن انقطاع مرضي للطمث amenorrhea التي يسبقها أو يرافقها فقدان وزن ، وفي حالات أخرى قد تتبعها. ومن المتفق عليه عموماً أن انقطاع الطمث يعزى إلى عوامل مرتبطة بالاضطراب بحد ذاته. وقد يظهر المرضى صفات وخصائص متنوعة ناتجة عن الهزال والضعف الذي يعانونه مثل: فرط التوتر ، بطء النبض ، ضعف الحيوية ، تغيرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان. كما أن مقاومة الجسم للاضطراب قد تضعف ، ويعاني المريض من شكاوى عديدة. ومع العلم أن الاضطراب يحدث نتيجة لعوامل نفسية ، إلا أن من الممكن تمييزه عن الاضطراب الناتج عن خلل أو عامل عضوي مثل اضطراب سيموندز Simonds Disease الذي يتصف بنفس الأعراض. إننا نعتمد المعيار التشخيصي الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ، كما هو موضح في اللوحة السريرية التالية:

أ ـ خوف مبالغ فيه من السمنة.

ب ـ اضطراب أو خلل في صورة المريض عن بدنه وفكرته عن جسمه يشعر أنه سمين.

ت ـ فقدان الوزن بنسبة ٥٢ على الأقل.

ث ـ رفض الحفاظ على وزن الجسم أو حتى على الحد الأدنى للوزن المناسب للعمر.

ج ـ لا يوجد اضطراب جسمي وراء حالة فقدان الوزن هذه.

انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وبدايته:

يختلف انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وحدوثه وذلك استناداً إلى المعيار التشخيصي المعتمد. وقد بين بعض العلماء أنه يحدث بنسبة ١ إلى ٢٠٠ فتاة من فتيات سن المدارس، ولكنه يتضاعف عند الفتيات بين سني السادسة عشرة والثامنة عشرة. وقد قدر هالمي أن الاضطراب ينتشر بنسبة ٢٤ حتى ٦١ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص. إن الاضطراب يحدث عند الجنسين، ولكنه أكثر حدوثاً عند الإناث منه عند الذكور بنسبة ٥ إلى ١٥.

أما بالنسبة لبداية حدوث الاضطراب واستهلاله، فغالباً ما يكون في المراهقة ومع بداية الرشد، وأكثر الحالات تحدث قبل سن الخامسة والعشرين، وبداية الاضطراب تكون مع بداية البلوغ ويترافق به النضج الجنسي، إلا أنه يستمر في مرحلة الرشد حيث يأخذ صفة الإزمان. وقد درس كاي Kay ٣٨ حالة من حالات ضعف الشهية العصبي، تبين له أن ٧٥٪ منها حدث الاضطراب فيها قبل السادسة والعشرين، وأن بدايته كانت بين السادس عشرة والعشرين. من المفيد أن نلاحظ أن مآل الاضطراب يبدو ضعيفاً وغير حسناً عموماً في حال بدأ قبل سن الرابعة عشرة.

العوامل السببية لضعف الشهية العصبي أو القهم العصابي:

العوامل السيكودينامية: لقد درس دالي دور العوامل النفسية الدينامية في القهم العصابي، وقال إن أول نظرة دينامية وضعت لتفسير الاضطراب كانت من قبل العالم (ولكر) ورفاقه عام ١٩٤٠ حين ركز على المعنى الرمزي للطعام.

إلا أن دالي قد ركز على ما يسمى نظرية المناعة الفمية تبين أن أعراض الاضطراب إنما تمثل حبكة أو تفعيلاً جسمياً للتخيلات والأحلام المتعلقة بالحمل ، ووفقاً لذلك يعتبر اضطراب القهم العصابي وفقدان الشهية بمثابة رغبة بالحمل عن طريق الفم ، مما يحدث في بعض الأوقات الأكل القهري التسلط (البوليميا أو زيادة الشهية والسمنة) ، وفي أوقات أخرى رفض الطعام (القهم العصابي أو فقدان الشهية والنحافة) .

لقد ركز البعض على بداية الاضطراب ، وربطه بالبلوغ ، وأن الفشل في الطعام يمنع تطور الصفات الجنسية مما يتيح للفرد تجنب التعامل مع الصراعات الجنسية الناتجة عن البلوغ والنضج الجنسي. إلا أن العالم براش قد شدد على أهمية خلل الأنا أو ضعف الأنا الناتج عن العلاقات المضطربة بين الأم والطفل مما يشوه صورة الطفل عن جسمه ويقود إلى القهم العصابي وضعف الشهية. وبالرغم من اعتماد عدد من المعالجين النفسيين على هذه التفسيرات ، إلا أنها بحاجة لمزيد من الدعم ، وخاصة النظرية الخاصة بالتخيلات المتعلقة بالمرحلة الفمية والمناعة الفمية.

العوامل السلوكية : تحدث العالم ليون عن دور العمليات المعرفية السلوكية في نمو اضطراب القهم العصابي وضعف الشهية المرضي ، مفترضاً أن كره الطعام عند هؤلاء المرضى يحدث بسبب الإشراط ، حيث تقترن الأفكار السلبية مع تخيلات مرتبطة بوزن الجسم وزيادة الوزن. إن الارتباط بين الأفكار السلبية واستهلاك الأكل يقوى مع مرور الوقت بوجود مشاعر الاشمئزاز أو قرف أو غثيان تجاه الطعام. إن استمرار تجنب الطعام يتعزز لأنه يخفض القلق المرافق بحيث يشعر المريض أنه قادر على ضبط حياته والتحكم بها من خلال تحكمه في الأكل. وقد دعمت هذه النظرية من قبل دراسات العالم ليون، حين بحث العديد من الحالات من المرضى الذين كانوا يطبقون برامج الحمية وخفض الوزن لشعورهم بأنهم قادرون على التحكم بحياتهم.

أما عن دور العوامل البيئية في الاضطراب ، فإن بعض العلماء قد ركز على أنّ رفض الطعام هو سلوك إجرائي وأدائي يتعزز من خلال لواحق ونتائج بيئية ،

وأن الاضطراب ينمو من خلال ردود فعل الآخرين تجاه سلوك الفرد. فالمعززات الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في الحفاظ على هذا السلوك المرضي ورفض الطعام.

العوامل الأسرية: إن دور العوامل العائلية أو الأسرية في حدوث رفض الطعام والقهم العصابي، تمت دراستها بشكل موسع من قبل المعالج النفسي المشهور مينوخينMinuchin (١٩٧٨). فقد اعتمد على اتجاه النظم في النظر للاضطراب معتبراً أن أعراض القهم العصابي وفقدان الشهية، لايمكن فهمها ومعالجتها بصورة مستقلة عن دور العوامل الأسرية للمريض. إن العوامل الأسرية تساهم في مشكلة الطفل، وبالتالي فإن هذه المشكلة عند الطفل تؤثر في التوازن الأسري والعلاقات العائلية. واستناداً إلى خبراته العلاجية فقد شدد مينوخين على أن هناك عدة خصائص أسرية تساهم في نشوء هذا الاضطراب السيكوسوماتي، هذه العوامل والمتغيرات هي:

١ ـ الوقوع في الشرك والمصيدة(حيث تكون أدوار أعضاء الأسرة غير واضحة أو ضبابية، كما تفقد الفردية في الأسرة).

٢ ـ الحماية والرعاية الزائدة(حيث تهتم الأسرة كثيراً في حماية أفرادها مما يؤثر في درجة استقلالية الفرد).

٣ ـ الصلابة والجمود (حيث تهتم الأسرة كثيراً في الحفاظ على وضع ومستوى أفرادها).

٤ ـ عدم حل الصراعات النفسية (حيث يتم رفض صراعات الأسرة أو تجنب الأسرة لحل الصراعات النفسية والخلافات).

لقد لاحظ (مينوخين) أن هناك مستوى عالياً من الصراعات والخلافات بين الوالدين عند المصاب بالقهم العصابي وفقدان الشهية، هذه الخلافات والصراعات لم تحل، ويلعب الطفل المصاب دوراً هاماً في نظام الأسرة حيث يحافظ على إبقاء هذه الصراعات والخلافات خارج نطاق الحل وبعيداً عن التعامل معها، وهكذا تكون أعراض الطفل المصاب بمثابة توجيه لانتباه الأسرة

وإبعاد هذا الانتباه عن خلافاتها وما يرافقها من تهديد ، وبذلك يحقق الاضطراب عند الطفل دوراً نظامياً في إبقاء الصراعات خارج نطاق الاهتمام والضبط .

العوامل البيولوجية: يمثل اضطراب القهم العصابي وضعف الشهية تهديداً شديداً للصحة الجسمية والنفسية ، وليس من المستغرب أن يجذب الانتباه لدور العامل البيولوجية في نمو الاضطراب. ومع أنه لا يوجد سبب عضوي للاضطراب ، إلا أن هناك بعض الدلائل على دور العوامل الوراثية فيه. فقد وجد الاضطراب أكثر انتشاراً بين التوائم المتشابهة عنه بين التوائم المختلفة. وقد وجد العلم كارنر أن معدل حدوثه بنسبة ٥٪ في التوائم المتشابهة وبنسبة ١١٪ في التوائم المختلفة ، في عينة تضم ٣٦٪ شخصاً مصاباً بالاضطراب. وقد افترض أن من الممكن أن يرتبط الاضطراب بخلل في منطقة الهيبوتلاموس Hypothalamus Dyfunction ، وشذوذ أو خلل في توازن العوامل العصبية والهرمونات. ومع أن من الصعب تحديد العوامل البيولوجية في الاضطراب ، إلا أن هذه العوامل تتفاعل مع العوامل السابقة لتساهم في حدوثه .

العوامل الحاسمة والمفجرة: هناك عدد من الأحداث المفجرة والحاسمة التي تساعد في الإصابة باضطراب القهم العصبي وفقدان الشهية المرضي وخاصة في بداية حدوثه. وقد افترض عدد من العلماء أن الاضطراب غالباً ما يحدث بعد أحداث وصدمات أو مواقف ضاغطة. ومن خلال دراسته على عينة تتألف من ١٤٠ مريضاً ، وجد دالي أن أحداثاً مثل موت قريب ، ومرض خطير في العائلة ، وفشل في العمل ، وخسارة مادية ، وصراعات أسرية ومشكلات جنسية ، كانت كلها بمثابة الأحداث المفجرة والعوامل الحاسمة التي سرعت من حدوث الاضطراب. إن هذه الدراسات وكثير غيرها ، قد شددت على دور ضغوطات الحياة في حدوث الاضطراب.

العلاقة بين القهم العصابي (ضعف الشهية المرضي) والبوليميا (الشراهة المرضية):

إن البوليميا أو الشراهة في الأكل ، تمثل خللاً في قدرة الشخص على ضبط

سلوكه وتحكمه بالأكل مما يؤدي إلى إكسابه المزيد من السعرات الحرارية في وقت قصير. ويرى المريض على أنه شاذ فيما يتعلق بالأكل وغير قادر على التحكم بهذا السلوك من حيث بدء الأكل ومن حيث إيقافه. في هذه الحالات هناك تحول من أكل الحفلات، وممارسة الصيام والانقطاع عن الأكل، والإقياء، إلى التوجه نحو مزيد من تناول الطعام. إن هذا الاندفاع المفرط نحو الطعام يسمى البوليميا أو الشراهة مما يحدث زملة أعراض فقدان التحكم بوزن الجسم. ومع أن هذه الأعراض قد تحدث مستقلة عن اضطراب فقدان الشهية، إلا أن البوليميا والأكل الزائد قد يكون جزءاً من القهم العصابي وفقدان الشهية وقد وجد كاسبرCasper (١٩٨٠) أن من بين ١٠٥ مريضاً دخلوا المشفى لأنهم يعانون القهم العصابي وضعف الشهية، وجد أن ٤٧ منهم يعانون من أعراض الشراهة أيضاً. وقد اتجه عدد من العلماء لدراسة التشابه والاختلاف بين القهم العصابي أو فقدان الشهية وبين البوليميا أو لشراهة، وتبين أن المريض بالقهم العصابي وفقدان الشهية عنده أعراض الشراهة المرضية ويعاني من الاكتئاب والقلق ومشاعر الذنب ومن شكاوى جسمية متنوعة، إضافة إلى اضطرابات انفعالية واستعمال الكحول، واضطرابات في مرحلة الطفولة. وقد بين ستوبر أن مرضى البوليميا والشراهة يظهرون درجات عالية من الانفصال والطلاق، ومن الاضطرابات الطبنفسية ومشكلات صحية متنوعة، وأنهم أكثر بعداً عن أولادهم بالمقارنة مع مرضى القهم العصابي وفقدان الشهية المرضي.

علاج القهم العصبي وفقدان الشهية المرضي:

تشدد بعض العلاجات على ضرورة إدخال المريض المشفى والاستراحة بالسرير، واستعمال نظام غذائي بالتزامن مع استعمال العلاج الدوائي (الأنسولين، وكلوربرومازين، ومضادات الاكتئاب)، والإطعام بالأنبوب Intubation إذا كانت الحالة تستدعي ذلك. وقد طبقت بعض تقنيات العلاج النفسي وخاصة السلوكي منها مثل الأشراط الإجرائي، والقيام بأنشطة متنوعة وتقديم معززات اجتماعية للأكل وزيادة الوزن والشهية. وقد اعتبر بعض علماء النفس أن مرض القهم العصابي وفقدان الشهية قد يحدث عند المريض

بسبب أنه يعاني من خوف مرضي من الوزن Weight Phobia ، وبذلك يستخدم طريقة خفض الحساسية التدريجي والمنظم، في حين يشدد البعض على دور العوامل الاجتماعية ، ويطبق بذلك تقنية العلاج الاجتماعي والأسري.

قرحة القولون:

وصف الاضطراب:

تعتبر قرحة القولون من الاضطرابات المهددة للحياة والتي تحدث عند الأطفال والراشدين ، ونسبة حدوثها بين الأطفال والراشدين تتراوح بين ٢٠ـ٤٠ من الحالات. ويتصف الاضطراب بالتهاب وتقرح القولون ، والأعراض المرافقة له هي الإسهال ، وخروج الدم مع البراز ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن ، فقر الدم ، آلام البطن ، الإقياء ، وعند الأطفال الأكبر سناً يحدث تأخر في النضج الجنسي وتأخر البلوغ كما يقول العالم دوم. إن بعض حالات تقرح القولون تتطور لتصبح اضطراباً مزمناً يأخذ شكل نوبات ، وفي حالات أخرى يأخذ شكلاً حاداً حيث يظهر فجأة وغالباً ما يؤدي إلى الموت. وتبلغ نسبة هذه الحالات ١٠٪ ، أما معدل الوفيات فيبلغ ٤٨٪ من كل ١٠٠ ألف حالة. والأشخاص المصابون بالاضطراب أكثر عرضة للإصابة بالسرطان في أواخر حياتهم.

حدوث قرحة القولون وانتشارها:

إن معدل حدوث قرحة القولون يتراوح بين١ ـ ٢ كل ١٠٠ ألف ، بالرغم من أنها بلغت ٦ كل ١٠٠ ألف حالة. والاضطراب أكثر انتشاراً بين الإناث منه بين الذكور بنسبة ١/١,٥. إن الاضطراب أكثر انتشاراً وحدوثاً بين اليهود مقارنة مع الشعوب الأخرى بأربع أضعاف.

العوامل السببية:

وجهة النظر البيولوجية: يركز الكثير من الأطباء والباحثين على دور العوامل البيولوجية في قرحة القولون. فالتحسس والبكتريا والعدوى ، وسوء التغذية ، وعوامل جهاز المناعة ، كلها تساهم في حدوث الاضطراب. ويرى العالم

ويري أن لجهاز المناعة الدور الحاسم في الاضطراب ، ويجب التركيز عليه حين المعالجة.

وجهة النظر النفسية ـ الاجتماعية:

على الرغم من أن العوامل البيولوجية قد تتدخل في قرحة القولون ، يشدد علماء الصحة النفسية على دور العوامل النفسية والاجتماعية في حدوثه وتطوره ، معتبرين قرحة القولون المثال الكلاسيكي للاضطرابات السيكوسوماتية التي تلعب فيها العوامل النفسية الدينامية دوراً حاسماً. هنا يركز العلماء على صفات الأطفال الذين يصابون بالاضطراب وظروفهم الأسرية والاجتماعية. وقد تبين أن هناك عوامل ومتغيرات نفسية اجتماعية عديدة مرتبطة بحدوث الاضطراب ، كما تم التوصل إلى النتائج التالية:

١ ـ تنتشر قرحة القولون بين الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب والذين يناضلون عن طريق الغضب ومشاعر الذنب تجاه عدوان أمهاتهم ورفضهم.

٢ ـ إن الإسهال وما يرافقه من اضطراب في التبرز ، يخدم كوظيفة رمزية فيزيولوجية في التعبير عن الغضب الذي يشعر به المريض والذي لا يستطيع مواجهته بطريقة شعورية.

٣ ـ الأمهات مسيطرات ، والطفل المريض يصبح موضوع عدوان الأم ورفضها.

٤ ـ يظهر الأطفال المصابون بقرحة القولون سلوكيات قهرية ووساوس ، كما يتصفون بأن لهم شخصية من النمط الوسواسي.

٥ ـ يتصف أطفال قرحة القولون بالغضب والعدوان ومشاعر الذنب ومشاكل الهوية الجنسية ، وعدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والمواقف.

علاج قرحة القولون:

إن العلاج المستعمل في قرحة القولون ، هو العلاج الطبي الدوائي أساساً ، وفي بعض الحالات تُستعمل الأدوية النفسية ، إلا أن ٤٠٪ من الحالات تحتاج للعلاج الجراحي كما يقول العالم ويري. من جهة أخرى

لا توجد دراسات حول فعالية العلاج النفسي في معالجة قرحة القولون. كما أن فائدة العلاج النفسي هنا، هي في مساعدة الطفل على التكيف مع الضغوط النفسية وتخليصه من المشاعر السلبية وخاصة فكرته السيئة عن نفسه وما يعانيه من اكتئاب ومشاعر ذنب.

التبول اللاإرادي (والسلس الليلي):

وصف الاضطراب وتشخيصه:

بالرغم من أن أكثر الأطفال قادرون على التحكم بالإخراج بدون صعوبات، إلا أن اكتساب القدرة على ضبط التبول قد يتأخر أحياناً. في مثل هذه الحالات قد يستمر الطفل في تبليل ثيابه حتى بعد السن التي يكون فيها قد اكتسب قدرته على ضبط التبول. ويستخدم مصطلح التبول اللاإرادي Enuresis ليشير إلى الحالات التي يتأخر أو يعجز فيها الطفل عن التحكم. وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية المعيار التشخيص واللوحة السريرية التالية للاضطراب:

١ ـ التبول المتكرر وغير اللاإرادي خلال النهار والليل.

٢ ـ يحدث مرتين في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال بين ٥ ـ ٦ سنوات، ومرة واحدة في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً.

٣ ـ لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي مثل السكري أو الدوخة والإغماء.

قد يكون التبول اللاإرادي ليلياً حيث يبلل الطفل فراشه nocturnal أو يكون نهارياً حيث يبلل ثيابه أو يجمع بين الاثنين. إن التبول النهاري الذي يرافقه تبليل الفراش ليلاً هو حالة نادرة. ولكن ٣٠٪ من الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي يظهرون أيضاً تبولاً نهارياً. إن التبول الليلي هو الشائع وقد أجريت الكثير من الدراسات حوله، كما تم التمييز بين نوعين من التبول الليلي اللاإرادي: الأولي، يعزى إلى الحالات التي يفشل فيها الطفل بتطوير قدرته على عملية التحكم بالتبول إطلاقاً، والثانوي، حيث يفشل الطفل في التحكم بالتبول بعد أن يكون قد مر بمرحلة استطاع فيها ذلك.

حدوث الاضطراب وانتشاره:

يعتبر التبول اللاإرادي من الاضطرابات الشائعة عند الأطفال ، فقد تبين أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب من ٣ مليون طفل يعانون من الاضطراب ، تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسابعة عشرة. وقد تبين أيضاً أن ٢٠٪ من الأطفال في سن الخامسة ، و١٠٪ في سن العاشرة ما يزالون يبللون فراشهم ليلاً. وبالرغم من أن الحالة عادة تخف وتقل مع التقدم بالعمر ، إلا أن بعض الأطفال تستمر عندهم الحالة حتى مرحلة الرشد.

العوامل السببية للتبول اللاإرادي:

إن التأخر في القدرة على ضبط التبول ينتج عن عوامل عديدة ، وقد وضعت عدة تفسيرات حول أسبابه. ويمكن إدراج هذه الأسباب جميعها في اتجاهين رئيسين هما ، السيكوديناميي ، والسلوكي - الفيزيولوجي.

فالنظريات السيكودينامية كثيرة ، ولكنها جميعاً تتفق على أن التبول اللاإرادي ، ناتج عن اضطرابات انفعالية ، وأنه يجب التركيز على العلاقة بين التبول اللاإرادي ومؤشرات أو علامات مرضية أخرى عند الطفل. من هنا يرى ويري أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التبول اللاإرادي والأعراض المرضية عند الأطفال ، وأن أكثر المصابين به يعانون من مشكلات انفعالية. إن العلاقة السببية بين التبول اللاإرادي والمشكلات الانفعالية لم تظهر في بعض الحالات ، وربما يعزى هذا إلى حالات التبول اللاإرادي الثانوي.

أما النظريات السلوكية الفيزيولوجية ، فتعتبر التبول اللاإرادي ناتجاً عن فشل في التحكم بالإخراج بصورة فعالة ، وتبدو على شكل ضعف في العادة. وركز بعضهم الآخر على الفشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية. إن من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان في الاضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيزيولوجي. إن العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة ، وربما يكون التفسير المستند إلى النضج هاماً لغاية خاصة في التبول اللاإرادي الأولي حيث لم يكتسب

الطفل بعد التحكم ، إلا أنه غير كاف بالنسبة للتبول اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم من قبل. فإذا قلنا إن عامل النضج يلعب دوراً هاماً في التبول اللاإرادي الأولي ، فإن عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي. في الواقع تفترض النظرية المستندة إلى عاملي النضج والتعلم مستويات عالية من الضغط النفسي التي تتدخل مع قدرة الطفل على التحكم وضبطه عملية الإخراج. ومع ذلك فإننا بحاجة لمزيد من الدراسات لدعم هذا الافتراض. ولا ننسى أن كلا النظريتين (الدينامية ، والسلوكية العضوية) تركزان على العمق في النوم باعتباره عاملاً هاماً في التبول اللاإرادي الليلي ، ويعني هذا أن الطفل الذي يمر بمرحلة النوم العميق ، يفشل في الاستجابة للإثارة والتحسس بأن مثانته قد امتلأت. وقد دعمت هذه النتيجة من استخدام مقياس النشاط الكهربائي للمخ.

يفترض بعض العلماء أن العوامل الوراثية تلعب دوراً في الاضطراب ، حيث تبين أن ٤٠ ـ ٥٠٪ من الأطفال المصابين بالاضطراب لهم عائلات يعاني أفرادها مشكلة تبليل الفراش. وقد قدر بيللر أن النسبة تتراوح بين ١٧٪ إلى ٦٦٪. ومع ذلك فزيادة انتشار التبول اللاإرادي في نفس الأسر ليس دليلاً كافياً على دور الوراثة في الاضطراب ، فقد تتدخل العوامل البيئية والاجتماعية في هذه العلاقة أيضاً.

علاج التبول اللاإرادي:

يتخذ علاج التبول اللاإرادي أشكالاً عدة ، بعضها فعال وبعضها الآخر ليس كذلك ، ومن الطرق غير الفعالة التغذية والحمية ، والحقن الدوائي ، وإجبار الطفل على النوم على ظهره أو على فراش قاسٍ. أما أكثر الطرق المستعملة في معالجة الاضطراب حالياً فهي تقنيات العلاج الدوائي ، والأشراط ، والعلاج النفسي السلوكي.

لقد بين بعض العلماء أن هناك أكثر من ٥٠٠ دواء يستعمل في معالجة التبول اللاإرادي ، وأن نتائجها متباينة. إلا أن أكثر هذه الأدوية استعمالاً هو

الأميبرامين Imipramine (توفرا نيل Tofranil) ومضادات الاكتئاب ، وقد أثبتت هذه الأدوية فعاليتها في معالجة الاضطراب. أما بالنسبة إلى الطرق السلوكية الشائعة ، فهي استعمال جهاز الجرس الذي طوره موررMorer (١٩٣٨) والمتوفر الآن في الأسواق ، والذي بلغت نسبة الذين تحسنت حالتهم به ٧٥٪ ، ونسبة ٨٩٪ استفادوا منه بدرجة ما.

من الطرق السلوكية في علاج التبول اللاإرادي: التدريب على الضبط والتحكم الذاتي ، وتعزيز قدرة الطفل وضبطه وكفه التبول كلما طالت فترة احتفاظه وسيطرته. وبالرغم من أن بعضهم بين أنها أقل فعالية من طريقة الجرس والإنذار ، إلا أنها مفيدة في معالجة التبول اللاإرادي النهاري. وهناك طريقة إيقاظ الطفل في فترات معينة في الليل ، والتدريب على الاستيقاظ والخروج ، والتعزيز الإيجابي حين يستيقظ ويخرج ليلاً ، وعدم شرب السوائل قبل النوم.

التبرز اللاإرادي: وصف الاضطراب وتشخيصه:

إن مصطلح التبرز اللاإرادي Encopresis يعزى إلى صعوبة التحكم بعملية التبرز بعد سن الثالثة والرابعة من العمر. ففي هذه السن ، يوجد ٧٠٪ من الأطفال الأسوياء الذين اكتسبوا قدرتهم على ضبط التحكم بالتبرز. أما إذا استمر الفشل في ذلك لما بعد سن الرابعة ، فتعتبر الحالة مرضية ، وانحرافاً عن النمو السوي. إننا نعتمد المعيار التشخيصي ولوحته السريرية كما وضعها الدليل التشخيصي ، وهي كما يلي:

١ ـ التبرز اللاإرادي هو الإخراج غير الإرادي والمتكرر للبراز في الأمكنة غير المناسبة بالنسبة للرد ولمستواه ، ولبيئته الاجتماعية.

٢ ـ يظهر على الأقل لمدة شهر بشكل متواصل بعد سن الرابعة.

٣ ـ لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي آخر كالاضطرابات الهضمية مثلاً.

يشير بعض العلماء إلى نوعين للاضطراب: المستمر المتواصل ، وغير المستمر.

فالتبرز اللاإرادي المستمر ، لم يكتسب أو يتعلم فيه الطفل إطلاقاً القدرة

على التحكم والسيطرة على عضلاتـه العاصرة. أما التبرز اللاإرادي غير المستمر فقد تعلم الطفل ومر بمرحلة تدرب فيها على التحكم ، إلا أنه يعاني بعد ذلك من فقدان القدرة على السيطرة وضبط عضلاته العاصرة. (يمكننا أن نلاحظ أن هذين النوعين يماثلان ويقابلان التبـول اللاإرادي الأولـي والثانوي).

أما عن نسبة حدوث الاضطراب وانتشاره ، فبالرغم من أنه يقل مع التقدم بالسن، إلا أن كل حالة فردية لها خصائصها المميزة، وبحاجة إلى دراسة خاصة، ومع ذلك بينت الدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة ٨٪ من الأطفال في سن الثالثة ، وأقل من ١٪ عند الأطفال بين سني العاشرة والثانية عشرة.

العوامل العضوية والإخراج:

بالرغم من أن الدليل التشخيصي كما وضح في لوحته السريرية ، إن اضطراب الإخراج اللاإرادي ، لا يعزى إلى أي مرض عضوي ، إلا أن أية خطوة على المعالج عملها ، هي الفحص والتأكد من عدم وجود أي عامل عضوي. فقد تحدث مثل هذه الحالة بسبب خلل أو عطب في القناة الشوكية Spinal Canal ، أو التهاب في النخاع الشوكي .إن مثل هذا الفحص العضوي للطفل ضروري لعدة أسباب أخرى ، أهمها أن بعض هذه الحالات تظهر عند الطفل الذي يعاني تضخماً أو توسعاً في القولون.

العوامل السببية للتبرز اللاإرادي:

تركز بعض التفسيرات على العوامل الدينامية في حدوث التبرز اللاإرادي ، فيقول دوليز: إن الاضطراب هو علامة أو عرض لصراعات أساسية لم تجد حلاً ، كما يركز على فقدان الحب الأبوي ، ومشاعر الذنب ، وقلق الانفصال ، والخوف من فقدان البراز ، والرغبة في الحمل ، واستجابة للتفكك الأسري ، وانفصال درامي عن الأم بين المرحلتين الفموية والشرجية. كما يشدد دولي على الصراع والنضال من أجل القوة بين الوالد والطفل ، الذي نتج عن التدرب على الإخراج. عموماً هناك القليل من الدراسات التي تربط الصراعات اللاشعورية بالتبرز اللاإرادي ، كما لا يوجد دليل على أن الأطفال

المصابين بهذا الاضطراب يواجهون صعوبات نفسية تختلف عن الأسوياء.

أما التفسير السلوكي للاضطراب فيشدد على أسلوب التدريب غير المناسب على الإخراج، وفقدان المعززات الاجتماعية والبيئية للتدريب الصحيح. إن وجهة النظر التي تربط النضج بالتعلم ذات أهمية خاصة في هذا السياق لأنها تساعد في فهم نمو الاضطراب. إننا نفترض أن تعلم السلوك المناسب هو مهارة معقدة تتطلب درجة كافية من النضج البيولوجي العضوي للتحكم بالتبرز وكذلك وبنفس الدرجة تعلم وتدريب التحكم بالإخراج المناسب. وبالرغم من أن هذا التفسير صحيح بالنسبة للتبول اللاإرادي، فإنه أكثر أهمية بالنسبة للتدريب على الإخراج.

علاج التبرز اللاإرادي:

يشدد المعالجون النفسيون أصحاب الاتجاه الدينامي على أن التبرز اللاإرادي هو عرض مرضي لصراعات واضطرابات انفعالية داخلية، وأنه لذلك يجب اتباع العلاج النفسي الفردي في التعامل مع الحالة. إلا أنه لا توجد دراسات تؤكد فعالية هذه المعالجة الدينامية. إن بعضهم الآخر يركز على التقنيات السلوكية وخاصة الأشراط الإجرائي والتعزيز الإيجابي للسلوك السوي في الإخراج والتدريب، وغالباً ما تستخدم عدة تقنيات مع بعض. وقد ثبتت فعالية الأشراط الإجرائي في المعالجة.

الأمراض المزمنة في مرحلة الطفولة:

سنركز على الدور الذي تلعبه العوامل النفسية الاجتماعية في المرض السيكوسوماتي والعضوي، هذا الدور الذي يظهر من خلال تطور المرض وتعقده وجعله مزمناً. ومن المعروف أن الضغوط النفسية تلعب دوراً بارزاً في المرض الجسمي وتساهم في تعقده، ويعود هذا إلى تأثير عوامل الفرد والاسرة وما يرافقها من مشكلات. سنبحث في ثلاث نماذج من هذه الاضطرابات، هي السكري، ومرض الكلية، والسرطان.

السكري عند الأحداث:

إن السكري Diabetes اضطراب في الغدد (في غدة البنكرياس) يحدث عند الأطفال بنسبة ١٪ من الأطفال والمراهقين (الأحداث ، أي من لم يبلغ الثامنة عشرة من العمر). ويتصف هذا الاضطراب بقلة إنتاج الأنسولين من غدة البنكرياس ، حيث يصعب استعمال الغلوكوز (السكر) الضروري وتمثله وفقاً لوظائف الجسم وما يحتاجه منها. ويرافق الاضطراب أعراض عديدة مثل: فقدان الوزن ، عطش مستمر ، كثرة التبول ، التعب والإرهاق ، مستويات غير طبيعية للسكر في الدم. وقد يحتاج المريض الدخول للمشفى ويتطلب العلاج فترة زمنية طويلة حتى يتم الحفاظ على المستويات الطبيعية للأنسولين.

أما عن مصادر الضغوط النفسية المسببة للاضطراب فهي عديدة منها:

١ ـ على العكس من الأنماط الأخرى للسكري عند الراشدين ، فإن الأطفال يخضعون لاتباع نظام حمية صارم من أجل الحفاظ على مستوى السكر في الدم. ويجب أن نحدد ماذا يجب على الطفل تناوله من طعام سواء يتفق مع رغباته أم لا. وللتأكد من جرعات الأنسولين التي يحتاج إليها الجسم (والتي تختلف استناداً لعوامل عديدة مثل النشاط والممارسة والحمية والصحة العامة ومستوى الضغط) فإن عليهم مراقبة مستويات السكر من خلال الفحص المتكرر للبول ولتجنب ارتفاع مستوى السكر بالدم.

٢ ـ الموضوع الآخر المتعلق ببداية السكري عند الأحداث ، هو أن الاضطراب قد يؤدي إلى العديد من المشكلات والشكاوى قد لا تظهر إلا بعد سنوات من الإصابة بالمرض وتطوره. من هذه الشكاوى: العمى أو ضعف البصر ، خلل في عمل الكلي ، مشكلات قلبية وعائية ، صعوبات في جهاز الدوران. ونتيجة لهذه المشكلات قد تقصر حياة المريض ويموت. وحتى لو لم تحدث هذه المشكلات في الطفولة ، فإن توقع الإصابة بها أو حدوثها قد يخلق اهتماماً متزايداً عند الطفل. ويجب التأكيد على دور الوالدين في استجابتهما وتعاملها للطفل المريض ، واتباعه العلاج الدوائي بنظام ، لأن مثل هذه المعاملة والمسؤولية تلعب الدور الهام في التكيف مع حالته الانفعالية.

المرحلة الأخيرة من مرض الكلى :

هناك عدد من العوامل المسببة بعضها مكتسب وبعضها متعلق بالحمل يمكن أن تؤدي إلى عجز الكلى عن أداء وظيفتها في تنقية الدم من المواد الضارة. ففي بعض الحالات يكون عجز الكلى جزئياً ويمكن علاجه دوائياً، وفي حالات أخرى يكون من الضروري اللجوء إلى الجراحة ووضع أدوات اصطناعية للقيام بهذه المهمة. وعندما تضعف وظيفة الكلي بدرجة كبيرة فإن من الصعب العودة إلى الوضع الطبيعي والقيام بوظيفتها السوية ، هذه الحالة تسمى المرحلة الأخيرة من مرض الكلى and-stage renal disease. إن هذا الاضطراب قليل الحدوث عند الأطفال والمراهقين ، ونسبة حدوثه هي ١ إلى ٣ لكل مليون طفل ومراهق.

إن علاج هذا الاضطراب يعتمد على مرحلتين ، ولكل منها صعوباتها وضغوطاتها. سنتحدث عن العلاج بالديلزة ، ونقل الكلية بالتبرع.

الديلزة Dialysis (غسل الكلى الاصطناعي): هو جهاز اصطناعي يوضع في الكلى ويستعمل لتصفية الدم وتنقيته من المواد السامة والضارة. ويخضع الطفل لهذه الديلزة ثلاث مرات بالأسبوع لمدة ثلاث ساعات في الجلسة. وهذا الإجراء ضروري حتى يتبرع شخص ما للمريض بكليته (ويستغرق هذا العمل سنوات ، وإذا لم يتبرع شخص ما للطفل المريض بكليته بسبب بعض الشروط العضوية الخاصة بالجسم ، فإن عملية الديلزة تستمر طوال العمر. وهناك ضغوط نفسية أخرى ترافق الاضطراب وعملية الديلزة مثل ضعف النمو عن حده الطبيعي وبقاء الطفل في المستويات الدنيا والمتأخرة من النمو السوي وخاصة النمو الجنسي. وهناك اضطرابات سيكوسوماتية ترافق الحالة مثل: ارتفاع ضغط الدم ، والتوتر الشرياني ، وفقر الدم ، والدوخة والغثيان ، والموت هو الاحتمال الأخير. ومع أن الأطفال الذين لا يمكن نقل كلى لهم (من شخص آخر) يستمرون بإجراء الديلزة والغسيل فترات طويلة ، فإن بقاءهم خمس سنوات كحد وسطي ، وهذا الأمر يتراوح بيم ٧٠ ـ ٩٠٪ من الأطفال الذين دخلوا المشفى.

أما نقل الكلى بالتبرع Transplantation فإن أكثر الحالات يكون التبرع

هو الحل الأخير فيها. ومع أن الحصول على كلى جديدة يساعد في تجنب الألم الناتج عن عملية الديلزة، إلا أن نقل الكلي يرافقه ضغوطات ومخاطر ونتائج كثيرة يجب مواجهتها.

١ ـ يجب إيجاد الكلية الفعالة والمناسبة. ومع أن هذا ليس بالأمر الصعب لأن من الممكن إيجاد قريب يتبرع للطفل بكليته وتتجانس النسج وفصيلة الدم. إلا أن الطفل قد يقلق وينشغل بشأن القريب المتبرع بكليته كهدية وهبة، فإن الطفل يبقى مشغولاً وقلقاً حول رد هذه الهدية له. وفي الحالات التي يتعرض فيها المتبرع للهزال والضعف الجسمي والنفسي، يواجه الطفل مشكلة التكيف مع هذه الحالة، مما يخلق عند مشكلات انفعالية.

٢ ـ على الطفل بعد نقل الكلى الجديدة له، أن يأخذ الأدوية لوقاية جسمه من مؤثرات الجسم الجديدة، وقد يكون لهذه الأدوية تأثيرات جانبية أيضاً من أهمها ضعف جهاز المناعة مما يجعل الجسم عرضة للعدوى والمرض.

٣ ـ من وجهة نظر نفسية، يحدث بطء في النمو، وسمنة أو نحافة، وهذه النتائج لها آثارها الخطيرة في نظرة المراهق إلى نفسه ومفهومه عن ذاته.

التساؤل الآن عن الأثر الذي تتركه الديلزة ونقل الكلى على كل من الطفل والاسرة. للأسف هناك قلة في المعطيات المتعلقة بهذا الجانب. ومن بين الدراسات التي فحصت الآثار الطويلة الأمد للديلزة على الطفل والمراهق، أن هناك عدداً من المشكلات التي تنتج عنها وخاصة التهيج والحساسية والاكتئاب وضعف العلاقات الاجتماعية، والاتكالية الزائدة. أما الآثار النفسية التي تخلقها عملية نقل الكلى إلى الطفل فقد درست من خلال تطبيق اختبارات للشخصية وخاصة اختبار كاليفورنيا للشخصية (CTP) الذي يقيس المستوى العام للتكيف عند المريض، ومقياس بيرز هارس (PHS) لقياس درجة تقدير الذات. تبين أن المرضى يعانون من مستوى تكيف منخفض، ومستوى متدن من تقدير الذات، بسبب البقاء الطويل الأمد بالمشفى لإجراء الغسيل أو الديلزة، وبسبب الآثار الجانبية للأدوية التي يتناولها المريض بعد نقل الكلية

الجديدة له. وقد شدد بعض العلماء على الشكاوى الجسمية التي يعانيها الطفل بعد نقل الكلية الجديدة له مما يؤثر في الأسرة أيضاً.

السرطان عند الأطفال:

يعتبر السرطان من الأمراض المزمنة عند الأطفال، ويخلق شكاوى ومشكلات نفسية عديدة أيضاً. كما أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً في تطوره وبلوغه درجة عالية من التعقيد وجعله مزمناً. وعند تشخيص الاضطراب يتم اتباع العلاج الجراحي أو الشعاعي أو الكيماوي أو جميعها معاً. ولهذه الطرق العلاجية آثارها النفسية الخطيرة أيضاً. فإذا كان الورم السرطاني خبيثاً من النوع الذي ينتشر بسرعة، فإن الجراحة وبتر الجزء المصاب يكون ضرورياً لإيقاف انتشاره. وفي حالة ورم المخ الخبيث (سرطان المخ) فإن جراحة المخ ضرورية لمنع تطوره. إلا أن هذا الإجراء نفسه يترك آثاراً عصبية خطيرة على الدماغ. من جهة ثانية فإن العلاج الشعاعي للجهاز العصبي قد يترك آثاراً خطيرة على المدى البعيد وخاصة العمليات المعرفية العقلية العليا (كالإدراك والتفكير والذاكرة والمحاكمة) أما العلاج الكيماوي فيطبق في أنواع محدودة من السرطانات، مما يخلق أعراضاً كثيرة مثل الدوخة والإقياء، وكره الطعام، ومن الصعب دفع الطفل للأكل مما يعرضه لسوء التغذية والنحافة. والعلاج الكيماوي يترك آثاراً أخرى مثل سقوط الشعر الذي يخلف آثاره النفسية الخطيرة عند الطفل والمراهق.

من الواضح أن أخطر الآثار النفسية هو مدى إمكانية انتهاء المرض، وتقبل الوالدين لموت الابن المصاب. فالأهل الذين يواجهون حقيقة موت الابن والطريقة التي يتواصلون فيها معه وفقاً لخطورة الحالة. وعلى الطفل أن يتكيف مع الموقف. وقد بين العالم كوشر (Koocher 1983) أن الطفل يتعرض للعديد من المشكلات الانفعالية الخطيرة مثل: القلق المتزايد، فقدان الشهية، الأرق، العزلة الاجتماعية، التبلد واللامبالاة، التناقض الوجداني، والمشاعر المتناقضة تجاه الوالدين والآخرين المهتمين بالطفل. مثل هذه المشكلات ليست نادرة الحدوث أيضاً عند الوالدين وأعضاء الأسرة

الذين يتوقعون موت الطفل في أي وقت.

كيف نتعامل مع المرض المزمن:

يجب أن نلاحظ كما تبين معنا من هذا العرض أن المرض المزمن يوجد بسبب عدد من العوامل والضغوط النفسية كما يخلق عدداً من المشكلات النفسية التي تؤثر في الطفل المريض وفي أفراد أسرته. مثل هذه المشكلات والضغوطات تحدث في العديد من الاضطرابات المزمنة والسيكوسوماتية مثل الربو والسكري والقرحة. ففي كل هذه الأمراض على الطفل المريض أن يتكيف مع المشكلات الناتجة، وخاصة منها تقييده وعدم ممارسته الأنشطة المعتادة، والدخول للمشفى والابتعاد عن أفراد الأسرة، والعلاج الذي يؤلم لطفل أحياناً، وكذلك توقع الموت (كما في السرطان). فبالنسبة للوالدين اللذين يرعيان الطفل، كل هذه المشكلات تؤثر فيهم يضاف إليها الضغوط النفسية الناتجة عن فكرة أنهم يملكون طفلاً مريضاً، فعليهم أن يتعاملوا مع الأمور العملية المرتبطة بالمرض، وأن يتكيفوا معها، منها مثلاً دفع أجور المعالجة، وكيفية إجراء الرعاية وتطبيقها بنظام.

إن من أكثر المشكلات الواقعية التي يواجهها الأهل، هي المرحلة الأخيرة للمرض (التي تسبق الموت المحتم) والتي عاشها وخبرها العالم النفسي جونسون Johnson لطفلة عمرها تسع سنوات بلغت هذه المرحلة. فقد عاشت أسرة الطفل في قرية صغيرة تبعد مسافة ٤ ساعات عن مركز علاجها الطبي. وقد بين التقويم الطبي الإكلينيكي أنه على الرغم من أن الطفلة قد خضعت لعملية الديلزة والغسيل ونقل كلية لها، فإن الديلزة كانت ضرورية لعدة أشهر أخرى. وبسبب عدم وجود أحد الأقارب الذي يمكنه أن يقدم المساعدة في العلاج، يجب أن تبقى في المشفى حيث يتم إجراء الغسيل لها ٣ مرات أسبوعياً لمدة ٤ ساعات تقريباً. وحين تغادر المنزل متجهة إلى المشفى من أجل الديلزة والغسيل، كان على الأم والطفلة أن يسافرا مسافة تستغرق ٨ ساعات كل يوم، وثلاثة أيام بالأسبوع. وقد قرر أن عليهما أن يستأجرا غرفة بالمدينة من أجل إتمام العلاج، في حين بقي الأب في المنزل يتابع عمله. إن هذا الإجراء لا يخلق

صعوبات مادية بالنسبة للأسرة فقط ولكنه يخلق مشكلات نفسية أيضاً مثل انفصال الأم والبنت عن الأب والمنزل. وبالرغم من صعوبة شرح الدراسات المتعلقة بالعوامل المؤثرة في التكيف مع المرض المزمن ، فإن نظرة سريعة لما قدمه العالم كليمان، يعطينا مثالاً جيداً على ذلك . فقد درس كليمان Cleman الصعوبات والضغوط النفسية المرتبطة بالمرض المزمن التي يواجهها المرضى وعائلاتهم ، ولاحظ أن هناك عدداً من المتغيرات والعوامل التي تؤثر في تعاملهم ومواجهتهم للموقف بكامله ، من هذه العوامل: نمط التفكير عند الطفل والأهل ، ودرجة تعقد المرض وإزمانه ، واتزان الأسرة وثباتها ، فهذه كلها تؤثر في كيفية استجابة كل فرد منهم ، ورد فعل الطفل المريض أيضاً. إن مساعدة الأسرة في التعامل مع المشكلات التي يخلقها المرض المزمن للطفل ، وكيفية مواجهتها ، يعتبر جزءاً هاماً من العلاج. كما أن المهارة في التعامل يرافقها التعاطف الوجداني والدعم الاجتماعي ، سنداً ودعماً هاماً للعلاج النفسي ، وله آثاره الإيجابية في عملية التواصل والمساعدة الناجحة.

نشوء علم نفس طب الأطفال كفرع جديد مستقل:

كما تبين لنا من هذا العرض في هذا الفصل فإن علماء النفس والصحة النفسية الذين يهتمون بالطفل ويدرسونه ، لم يقتصروا على المشكلات والموضوعات المتعلقة بصحة الطفل النفسية التقليدية (كالاضطرابات النفسية عند الأطفال) بل يساعدون ويعملون على دراسة المشكلات الجسمية. من هنا نقول إنهم يدرسون الطفل من الناحيتين: الصحة النفسية والصحة الجسمية. وهذا العمل يقوم به عالم نفس يمارس عمله الإكلينيكي في قسم طب الأطفال بالمركز الطب. من هنا تبدو الصلة بين عالم النفس وطبيب الأطفال كما تفرضها الممارسة العلاجية ، وبذلك يكون عالم النفس الإكلينيكي الذي يكون موضوعه الأطفال يهتم بشكل كبير بطب الأطفال ، وعليه دراسة هذا الفرع ، والعكس صحيح بالنسبة لطبيب الأطفال. إن هذا الاهتمام المتزايد من قبل علماء النفس بالطفل، قد عكس الوعي المتزايد بأن المشكلات المتعلقة بالصحة الجسمية ، يجب التعامل معها ومواجهتها بمختلف الطرق والتقنيات

ومنه التقنيات والأساليب النفسية خاصة ، والتركيز على العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية للاضطراب. هذا الوعي ، قد أدى إلى مزيد من التخصص وظهور فروع وتخصصات علمية دقيقة مثل الطب السلوكيBehavioral Medicine ، وعلم النفس الطبي Medical Psychology ، وعلم نفس الصحة Health Psychology وبالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي أو السريري الذي يكون موضوعه الأساسي الطفل ومعالجة مشكلاته ، ظهر فرع جديد هو علم نفس طب الأطفالPediatric Psychology الذي فرضته الحاجة العملية للاهتمام بالطفل بكل جوانبه وخاصة اهتمام عالم النفس الإكلينيكي بالمشكلات النفسية الناتجة عن المرض الجسمي عند الأطفال ، كما بينا في هذا الفصل. ويمكننا أن نحدد الملامح المميزة لهذا الفرع الجديد بما يلي:

١ ـ علم نفس طب الأطفال ، يرتبط بدرجة وثيقة بعلم نفس الطفل الإكلينيكي ، وقد أدخلت الجمعية الأمريكية النفسية فرع علم نفس طب الأطفال باعتباره تخصصاً فرعياً ضمن علم نفس الطفل الإكلينيكي ، وذلك كله ضمن الفرع العريض علم النفس الإكلينيكي أو السريري.

٢ ـ علم نفس طب الأطفال هو فرع من فروع علم النفس الطبي وعلم نفس الرعاية الصحية. حيث يهتم عالم نفس طب الأطفال بالصحة الجسمية ، والمرض ، والعلاقة بين العوامل النفسية والصحة الجسمية. إن الصحة هي المفهوم العام الشامل الذي يشمل الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية ، كما عرفتها منظمة الصحة العالمية (عبد الله ١٩٩٧) .

٣ ـ يعمل المتخصص بعلم نفس طب الأطفال أساساً في الجلسات الطبية والرعاية الصحية الأولية ، وقد تكون في المشفى أو في العيادة أو في مركز نمو الطفل أو في مؤسسة للرعاية الصحية. هذه الجلسات الطبية ليست طبنفسية أساساً ، ولكن ما يميز عمل المتخصص في علم نفس طب الأطفال هو:

ـ لعالم النفس الدور والحضور الأول بالنسبة للمريض وليس المرجع الأخير.

- إن المشكلات تبدو في المراحل الأولى للنمو وقبل أن تتجه نحو مزيد من التعقيد والخطورة.

- تضم المشكلات أنواعاً عديدة، وهي على درجات ومستويات وفقاً للأمراض الجسمية التي يعانيها الطفل.

- التقويم التشخيصي والمداخلة العلاجية، هي في الأساس نفسية وليست طبنفسية.

- عالم نفس طب الأطفال، يرى أكثر المرضى ويقضي أطول الوقت مع مرضاه كما يتواصل معهم بدرجة تفوق أي اختصاصي آخر.

- عالم نفس طب الأطفال يقوم بأدوار عديدة وهامة، منها دور المرشد، والمشخص، وأخصائي القياس، ودور المعالج، والباحث، ومصدر للمعلومات عن الحالة.

من خلال النظر لهذه الصفات التي تميز عالم نفس طب الأطفال، يمكننا أن نرى أن الموضوعات التي تحدثنا عنها في هذا الفصل، والمتعلقة بأثر العوامل النفسية ودورها في المرض الجسمي العضوي، وكذلك آثار هذا المرض على الطفل وأسرته، يدخل كله ضمن هذا التخصص الجديد المسمى علم نفس طب الأطفال.

* * *

الفصل الثامن
الاضطرابات المعرفية العقلية
«التخلف العقلي وصعوبات التعلم»

لقد شهدت السنوات العشرون الأخيرة ثورة في الاتجاهات التخصصية والاجتماعية نحو التخلف العقلي. إن مسؤولية الأطباء نحو الأطفال المتخلفين عقلياً ، قد حل محلها برامج اجتماعية ومؤسسات الرعاية الاجتماعية ، مما غير من الاتجاهات نحو الاضطراب ليصبح أكثر تفاؤلاً وإيجابية. كما أن طرق التدريب قد تطورت في سياق البحوث العيادية وكان لها الدور الهام في تغيير هذه الاتجاهات وتطورها. وسوف نركز في دراستنا الحالية على العلاقة المتبادلة بين البحوث والممارسة الإكلينيكية ملقين الضوء على أحدث التطورات والبحوث السريرية والعلاجية فيها. وهناك بالإضافة إلى التخلف العقلي ، صعوبات التعلم أو الإعاقة في التعلم ، وبحثها في نفس الفصل لا يعني أنها مترابطة بل على العكس ، وعلينا تمييزهما ، بالرغم من أن الاضطرابين يدخلان ضمن فئة الاضطرابات العقلية والمعرفية.

التخلف العقلي:

مفهوم التخلف العقلي ، لمحة تاريخية:

تهتم الفروع الطبية والنفسية والتربوية والقانونية جميعها بمشكلة التخلف العقلي ، لأن كل هذه التخصصات يكون التخلف العقلي موضوع اهتمامها ،

ولذلك تنوعت تعريفات التخلف العقلي. وقد أدى هذا إلى نوع من التشويش والإرباك في الدراسات وفي الممارسة العملية. من الضروري أن نبدأ بالأساس والخلفية التي ظهر فيها مصطلح التخلف العقليMental retardation والأفراد الذين ينطبق عليهم هذا المصطلح.

لقد ظهر مصطلح التخلف العقلي في بداية هذا القرن، حيث بدأ علماء النفس والمربون الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً. وقبل هذا القرن كان الاهتمام بهؤلاء الأطفال، اهتماماً طبياً فقط، لذلك كان الأطباء يعتمدون الفحص الطبي والملاحظة السريرية، فإذا وجد أن الطفل متخلف عقلياً، فإن الطبيب هو الذي يقرر العلاج المطلوب. ولسوء الحظ فإن هذه الطريقة التشخيصية (الفحص الطبي والملاحظة السريرية) كانت غامضة ولها آثارها السلبية في الكثير من الحالات، لأن مثل هذا التقدير والفحص يكون ذاتياً، وهناك عوامل أخرى غير قدرة الطفل يمكن أن تؤثر في النتيجة وفي سلوك الطفل. ومن أجل هذا كان لاختبارات الذكاء دور هام وموضوعيّ في تشخيص الحالة وفي معالجتها.

اختبارات الذكاء والتخلف العقلي:

لقد ذكرنا في سياق سابق أن كالتوت كان الممهد الأول لبناء اختبارات الذكاء، والذي تبعه محاولات ناجحة في وضع مقاييس للذكاء على يد بينيه وسيمون حين وضعا أول مقياس للذكاء عام ١٩٠٥، هذا الاختبار يضم ٣٠ بنداً يعكس قدرات الأطفال على الفهم والمحاكمة والاستنتاج باستعمال موضوعات ومشكلات من بيئتهم. أما الاختبار المعدل فقد استخدم مصطلح العمر العقلي Mental age وهو أعلى مستوى يصل إليه الطفل بنجاح ويجيب فيه عن كامل بنوده بدقة. وقد وضعت طرق عديدة لاختصار نتائج اختبارات الذكاء بعد بينيه حين استخدم مصطلح حاصل الذكاء Intelligecce Quotient. وتستخدم حالياً كل اختبارات الذكاء هذا المصطلح. وبسبب نجاح هذه الاختبارات في التنبؤ بالأداء الدراسي والتحصيلي، فقد اعتبرت على أنها أدوات موضوعية في قياس التخلف العقلي. إن معيار حاصل الذكاء في تصنيف الأطفال على أنهم

متخلفون عقلياً (حين يكون حاصل الذكاء ٧٠ وما دون) قد اعتمدت من قبل القانون في الحكومات بالعديد من الدول ، كما اعتبرت درجات الذكاء في الاختبار معياراً تشخيصياً للتخلف العقلي وخاصة في أمريكا. إلا أن بينيه وسيمون قد شددا على ضرورة اعتماد مصادر أخرى للفحص حين تشخيص حالات التخلف العقلي ، وعدم الاقتصار على نتائج اختبارات الذكاء ، ومن هذه المصادر: الفحص الطبي ، والتقويم التربوي ، يضاف إليها اختبارات الذكاء. إن هذه المصادر الثلاثة يجب أن تجتمع معاً في تكوين صورة دقيقة عن الفرد.

مشكلات في استعمال اختبارات الذكاء لتحديد التخلف العقلي:

١ـ التحيز الثقافي لاختبارات الذكاء. في الواقع إن اختبارات الذكاء متحيزة ثقافياً كما أن المدارس والتعليم نفسه يعكس قيم وثقافة المجتمع السائدة. وبسبب أن اختبارات الذكاء تعمل على التنبؤ بالأداء المدرسي المقبل ، والذي هو نفسه حصيلة عوامل ثقافية ، فإن اختبارات الذكاء يجب أن تتأثر أيضاً بالقيم الثقافية والاجتماعية. ومع أن من الممكن تطوير مقاييس للذكاء وتعديلها ، إلا أنها تبقى غير جيدة كثيراً في التنبؤ بالأداء المدرسي والتحصيلي حتى يتم تغيير المدارس نفسها. وليس من الضروري القول بأن هذه الاختبارات متحيزة ثقافياً ، وأن أية درجة نختارها على أنها تنبىء بالتخلف العقلي فإنها تضم عدداً من الأطفال الذين ليسوا من الثقافة السائدة في نفس المجتمع ، أو لا ينتمون إليها. إن وصف هؤلاء الأطفال بأنهم متخلفون عقلياً أمر يتحدى فكرتنا عن الذكاء ، لأنها على الأقل تجعل ظاهرة التخلف العقلي ظاهرة اجتماعية ومجتمعية. إن الاتجاهات الحديثة في قياس الذكاء باستعمال مقياس النشاط الكهربائي للمخ (EEG) والجهد العقلي للمخ ، قد انتشرت وعممت دراستها ، بالرغم من محدودية استعمالها.

٢ ـ درجات اختبارات الذكاء نظرية. إن درجات أو حاصل الذكاء الذي نحصل عليه من الاختبار عموماً لا يمكن اعتباره مقياساً نموذجياً يمكن الاعتماد عليه في التنبؤ بأي مجال علمي. إن درجات حاصل الذكاء تختلف عن

المقاييس ذات الصفات الجسمية والمادية كالطول ، والوزن ، فلا تعتبر مقاييس مباشرة للسمات أو القدرات ، وبالتالي ذات مدى واسع وعريض. فإذا أخذنا طريقة مشابهة لقياس الطول ، فإن الدرجة أو القيمة يجب أن تشير إلى معدل الطول في المجتمع الأصلي. إن اختبارات الذكاء، قد تقدم لنا معلومات كافية من أجل التنبؤ بالأداء اللاحق ، ولكن من الناحية الإجرائية والعملية ، لا يعتبر هذا وحده كافياً لفهم الطبيعة الأساسية والنظرية للذكاء. وكما أن مقاييس الطول والوزن لا تقول لنا عن طول الشخص بشكل مطلق ، فإن اختبارات الذكاء لا تقول لنا كيف يتصرف شخص ما بشكل ذاتي وعلى أي طريقة. إن في المجتمع الذي يضم عدداً كبيراً من العباقرة ، يعتبر الأفراد ذوي الأداء المتوسط متخلفين عقلياً ، أما في مجتمع آخر ، فإن نفس الأداء ربما يوصف بأنه متفوق ويعتبر أفراده عباقرة أو متفوقون. لهذا السبب فإن اختبارات الذكاء (حاصل الذكاء) له تطبيقات عملية محدودة.

٣ ـ إن توزع الذكاء هو توزع اعتباطي وتحكمي بدرجة كبيرة. يستعمل علم النفس ناقوس غوس (أو المنحنى الطبيعي الاعتدالي) لتبيان توزع الدرجات والسمات النفسية ، حيث يكون المتوسط (١٠٠) والانحراف المعياري (١,٥) ليبين توزع درجات الذكاء للمجتمع الأصلي كما تقيسه اختبارات الذكاء. والشيء الذي لا يعبر عنه هذا التوزيع هو أن التوزيع الطبيعي الاعتدالي للذكاء كما يعبر عنه حاصل الذكاء ، إنما هو افتراضHypothesis وليس حقيقة مثبتةnot Proven fact ، وفوق ذلك فإن من المستحيل التأكد من هذه الفرضية أو الافتراض عن طريق إظهار أن درجات اختبارات الذكاء تتوزع بشكل طبيعي ، لأن اختبارات الذكاء نفسها قد بنيت ووضعت وفقاً لهذا الافتراض أي للتوزع الطبيعي الاعتدالي للدرجات حيث المتوسط (١٠٠) والانحراف المعياري (١,٥). وفوق ذلك فإن التوزع الطبيعي الاعتدالي الذي تقدمه درجات حاصل الذكاء ، تؤكد أن نسبة مئوية قليلة من المجتمع الأصلي فقط هي التي تقع في ضمن الانحرافين المعياريين أو أقل من المتوسط (دون ٧٠). فإذا كانت درجات الذكاء التي تقع دون (٧٠) هي التي تعبر عن التخلف

العقلي ، فإننا سنجد أكثر من ٥ مليون أمريكي يوصفون بأنهم متخلفون عقلياً ومن كل الأعمار ، كما يقول بعض علماء النفس.

في الواقع ، وكما سنرى ، لا يستند تشخيص التخلف العقلي وتقديره على درجات حاصل الذكاء فقط ، بل نعتمد أساليب وطرق متنوعة إضافة إلى المقاييس العقلية.

درجات اختبارات الذكاء والسلوك والتخلف العقلي :

كما تبين لنا ، فإن مقاييس الذكاء ليست معياراً دقيقاً (على الأقل بمفردها) في تشخيص التخلف العقلي. إن أكبر مشكلة في استعمال حاصل الذكاء لهذا الغرض ، هي أنه لا يرتبط بالسلوك بشكل واضح. ففي بعض الدراسات بين كونر وتيزارد Conner and Tezard أن عدداً من الأفراد داخل المؤسسات الصحية والتربوية للمتخلفين عقلياً يكون حاصل ذكائهم فوق ١٠٠ ، وأن المتوسط الذي اعتمد عليه في إدخال هؤلاء لهذه المؤسسات ، كان أعلى من المعيار المعتاد الذي هو ٧٠. ويبدو أن عدداً من الأفراد الذين يملكون حاصل ذكاء دون ٧٠ ، يتدبرون شؤون حياتهم بأنفسهم وبدون أن نعتبرهم متخلفين عقلياً ، في حين أن هناك أفراداً يزيد حاصل ذكاؤهم عن ٧٠ ، إلا أنهم يعانون من صعوبات عديدة تكفي لإدخالهم المؤسسات الاجتماعية للرعاية النفسية. وبسبب أن اختبارات الذكاء قد صممت من أجل التنبؤ بالأداء المدرسي ، فإن بعض الطرق لقياس القدرة على الأداء في المجتمع (الأداء والسلوك الاجتماعي) يكون ضرورياً جداً لتحديد ما إذا كان الفرد قادراً على مواجهة المطالب والاحتياجات العقلية والاجتماعية بدقة. وسوف نبحث في الفقرة التالية ، كيف أن الأداء أو السلوك الاجتماعي والذكاء كلاهما يحددان ما إذا كان الطفل متخلفاً عقلياً أم لا.

تشخيص التخلف العقلي ، من هو المتخلف عقلياً؟

إن الاعتماد على حاصل الذكاء كمعيار في تشخيص التخلف العقلي ، قد بدأ يتغير في أمريكا بسبب جهود العالم دول Doll مدير كلية فينلاند للتدريب ، منذ عدة سنوات. فقد طور دول مقياساً معيراً ومقنناً وفق المستوى العمري ،

سمي مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale والذي يقوم على ما يسمى الحاصل الاجتماعي (يقابل حاصل الذكاء) والمستعمل في تشخيص التخلف العقلي. هذا المقياس تم تعديله على يد سبارو ورفاقه Sparrow (١٩٨٩). إن إدخال مقياس النضج الاجتماعي (الذي نحصل عليه من الاختبار) في تشخيص وتقدير التخلف العقلي ، أصبح له أهمية كبيرة توازي أهمية مقاييس الذكاء. ومع أن اختبار فينلاند لقياس النضج الاجتماعي قد تطور كطريقة تشخيصية ، فإنه ما يزال أداة بسيطة ، كما أننا ما زلنا بحاجة للمزيد من الأدوات والمقاييس لتشخيص التخلف العقلي ، وخاصة بعد الجدل الذي دار والبحوث التي أجرتها الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ، والدليل التشخيصي الذي أصدرته هذه الجمعية حول تصنيف التخلف العقلي ، والتعديل الذي أجري عليه ، هذا المعيار التشخيصي ولوحته السريرية يصنف التخلف العقلي وفق مايلي :

«يشير التخلف العقلي إلى الأداء الوظيفي العقلي دون المتوسط أو دون المعدل ، والذي يتواجد مع ضعف في السلوك التكيفي يظهر خلال فترة النمو يتبين من هذا التعريف أنه يضم الأداء العقلي والاجتماعي كمعيار ضروري في تشخيص التخلف العقلي ، ومع أنه قد تأكد في الدليل أن الأداء العقلي والاجتماعي كلاهما يمكن قياسهما بطرق عديدة كما بينا ، فالعلاقة بين السلوك التكيفي Adaptive behavior والأداء العقلي Intellectual functioning أما المعيار التشخيصي للتخلف العقلي كما وضعه الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية ، فهو كما يلي :

١ ـ مستوى الأداء العقلي العام دون المتوسط ، حيث يكون حاصل ذكاء الفرد دون ٧٠ كما تقيسه اختبارات الذكاء (بالنسبة للمواليد حديثاً أو من هم في مرحلة المهد والرضاعة ، فإن اختبارات الذكاء المتاحة لا تعطي درجة كمية ، ولكن الحكم السريري والملاحظة الإكلينيكية تحدد المستوى المتدني للأداء العقلي).

٢ ـ ضعف وعجز متواصل وإعاقات في السلوك التكيفي تميز الشخص خلال مرحلة النمو ومع تقدمه في السن.

٣ ـ بداية حدوثه قبل سن الثامنة عشرة.

أما المعيار التشخيصي للتخلف العقلي كما وضعته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فهو كما يلي:

الجزء الأول:

١ ـ أداء مستقل. يبدو في صعوبة الاعتماد على الذات في القيام بمهمات ومهارات مثل الأكل، والإخراج والعناية باللباس.

٢ ـ النمو الجسمي. يقيس أشكال السلوك التي تعكس النمو الجسمي والحركي.

٣ ـ النشاط الاقتصادي. يقيس قدرة الفرد على البيع والشراء واستعمال النقود.

٤ ـ النمو اللغوي. يقيس قدرة الطفل على استعمال اللغة في الحديث والكتابة وفهم ما هو مكتوب أو مسموع.

٥ ـ الأعداد والوقت. ضعف في استعمال الأرقام في مهمات بسيطة وعجز عن استعمال الوقت.

٦ ـ الأنشطة المنزلية. يقيس درجة انشغال الطفل في الأنشطة والسلوكيات المنزلية مثل التنظيف والجلوس وراء الطاولة.

٧ ـ الأنشطة المهنية. يقيس قدرة الطفل على القيام بأعمال مختلفة التعقيد، وعادات العمل الجيدة.

٨ ـ التوجه الذاتي. يقيس الحدس والبديهة واستعمال أوقات الفراغ.

٩ ـ المسؤولية والتنشئة الاجتماعية. يقيس صفات مثل التعاون والمبادأة وتحمل المسؤولية والنضج الاجتماعي.

الجزء الثاني:

١ ـ سلوك عدواني تخريبي. يبين درجة تعرض الفرد للخطر واستعمال العنف البدني وإيذاء الممتلكات له وللغير.

٢ ـ سلوك لا اجتماعي. يعكس درجة تعذيب الآخرين وتعطيل أنشطتهم وعدم احترامهم.

٣ ـ السلوك التمردي. يعكس سلوكيات مثل تجاهل التعليمات وتجاهل النظام والتمرد.

٤ ـ عدم الثقة. يبدو في الكذب، وأخذ ممتلكات الغير بدون أذنهم.

٥ ـ الانسحاب. ويقيس نزعة الطفل إلى الخجل وعدم النشاط.

٦ ـ سلوك نمطي تكلفي. يعكس تكرار السلوك المتكلف والثابت.

٧ ـ تصرفات تبادلية بينشخصية غير مناسبة. مثل إظهار الطفل أشكالاً من السلوك الاجتماعي غير المناسب في المواقف.

٨ ـ عادات لفظية غير مقبولة. تعكس خصائص لغوية مثل التحدث بصوت مرتفع وأصوات مزعجة تجاه الغير.

٩ ـ سلوك إساءة استعمال الذات. إيذاء الذات وتعريضها للصدمات والأذى البدني.

١٠ ـ سلوك جنسي غير مناسب. مثل الاستمناء غير العادي، والسلوك الجنسي غير المقبول اجتماعياً.

١١ ـ فرط الحركة والنشاط الزائد. يعكس مستوى عالياً من النشاط والحركة المستمرة.

١٢ ـ اضطراب نفسي. كضعف الانتباه، توهم المرض، استجابة فاشلة نحو الإحباط، ضعف الضبط الانفعالي.

١٣ ـ استعمال الأدوية والعقاقير. يعكس سوء استعمال الطفل للأدوية كالمهدئات والمنشطات.

يميز هذا الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية وكذلك المعيار التشخيصي الذي وضعته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية عدداً من المستويات للذكاء دون الطبيعي. فالذكاء دون المتوسط أو دون المعدل هو «درجتان أو

أكثر من الانحرافات المعيارية دون المتوسط بالنسبة لدرجات الذكاء» وضمن هذا المدى من الأداء دون المعدل يوجد أربعة مستويات للتخلف العقلي وللأداء دون المتوسط هي: التخلف العقلي المتوسط ، والشديد ، والشديد جداً والبسيط. وتعكس كل منها درجات منخفضة من حاصل الذكاء. وهي موضحة في الجدول التالي كما وضعها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية :

مستوى التخلف العقلي	مستوى حاصل الذكاء
البسيط	٥٠ ـ ٧٠
المتوسط	٣٥ ـ ٤٩
الشديد	٢٠ ـ ٣٤
الشديد جداً	أقل من ٢٠

إن عدد الأطفال في كل فئة أو مستوى يتضاءل كلما اتجهنا من البسيط نحو الشديد.

تشخيص السلوك التكيفي (التكيف الاجتماعي) وقياسه :

في المعيار التشخيصي للتخلف العقلي (السابق ذكره) وفي البند الثاني منه ، يتبين أنه يضم عجزاً في السلوك التكيفي يزداد ويبدو بوضوح مع تقدم الفرد في العمر مما يميز الطفل المتخلف عقلياً. وبكلمات أخرى فإن الأطفال الذين هم بمراحل نمو مختلفة ، يتوقع منهم أن ينجزوا مهمات وأشكالاً مختلفة من السلوك التكيفي. فالأطفال الصغار مثلاً ينجزون مهمات تكيفية وسلوكيات أدنى من الأطفال الأكبر سناً ، وحين يتقدمون بالسن تزداد قدرتهم على الحياة بشكل مستقل وكذلك الاعتماد على أنفسهم في إدارة شؤونهم . إن معيار الأداء الاجتماعي هذا ، والمتغير مع العمر وحسب مرحلة النمو ، قد وضحته الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية في تشخيصها للتخلف العقلي بما يلي :

العمر	مساعدة ذاتية	حركية	لغوية
سنة	يفتح فمه ويأكل	يجلس لوحده	يقلد الأصوات
١ ـ ٢	يضع يده في فمه	يقف بمفرده	ينطق بكلمة أو كلمتين
٢ ـ ٣	يستعمل الكأس	يمشي بمفرده	ينطق عدة كلمات
٣ ـ ٤	يلبس بمفرده أحيانا	يتوازن على قدم واحدة	يكون جملة من كلمتين
٥ ـ ٦	يلبس الحذاء ويربطه	يلبس بمفرده	يكون جمل طبيعية

إن المظهر المثير للعلاقة بين العمر الزمني ومطلب المجتمع ، هو أن الفرد الذي يعاني من صعوبة كطالب ربما يتكيف بدقة كراشد حين يحكم على الأداء الاجتماعي وفقاً لمعيار مختلف. وكما سنرى فإن حدوث التخلف العقلي يتغير مع العمر ، ويزداد خلال سنوات المدرسة ، ولكنه ينقص في مرحلة الرشد.

إن وضع مقاييس أو اختبارات لقياس السلوك التكيفي قد تم بعد وضع اختبارات الذكاء. وأكثر المقاييس استخداماً هو مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي (السابق ذكره) من وضع العالم دول والذي أعيد تعديله ، كما أنه يتضمن إجراء مقابلات مع الوالدين وأفراد آخرين لهم صلة بالطفل. يتألف الاختبار من عدد من البنود ، ويقدم معطيات تتعلق بالسلوك والمهارات التكيفية في مجالات مثل التواصل ، الحياة اليومية ، التنشئة الاجتماعية والسلوك الحركي ، كما أنه يقيس السلوك اللاتكيفي أو سوء التكيف. ويغطي هذا

الاختبار الأعمار من الولادة حتى الثامنة عشرة وبداية الرشد. وهناك محاولات أخرى لوضع مقاييس موضوعية من أجل قياس السلوك التكيفي وتقديره، بذلها ميللر ورفاقه عام ١٨٩١. إلا أن هذه الجهود هي التي قام بها نهيرا Nihira (١٩٧٤) لقياس السلوك التكيفي، وتقسم هذه الجهود إلى قسمين: الأول يضم بنود مختارة من مقاييس أخرى استناداً إلى تحليل البنود ووثوقها. والقسم الثاني، يركز على المطالب البيئية ويقيس السلوكيات غير المقبولة مثل العدوان والتخريب. من جهة ثانية قام نهيرا بفحص دراسات التحليل العاملي لقياس السلوك التكيفي، وتوصل إلى وجود ٣ عوامل للقسم الأول (الكفاية الذاتية، الشخصية، الكفاية الذاتية الاجتماعية، المسؤولية الاجتماعية الشخصية) أما العوامل المتبقية فتتعلق بالقسم الثاني (تفعيل العدوان، الانسحاب ..). تمثل هـذه العوامل، الأبعاد التكيفية التي تتطور في مستويات مختلفة. مثلاً ٩٠ من نمو الكفاية والفعالية الذاتية الشخصية، يحدث قبل سن الثانية عشرة عند الأولاد الذين يعانون من تخلف عقلي بسيط، كما أن نفس المستوى من النمو يظهر عند الأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة شديدة، يحدث في الثامنة عشرة من العمر. وقد بينت الدراسات التي أجريت على صدق مقياس السلوك التكيفي، أن المقياس يمكن استعماله لتحديد وضع الطفل ومكانه في البرنامج التربوي، ولقياس فعالية العلاج والتدخل الإرشادي (وقد ذكرنا بعضاً من بنود هذا المقياس كما وضعها المعيار التشخيصي السابق ذكره).

أما عن طرق التقويم والفحص التي تقيس الذكاء والسلوك التكيفي، وكذلك التقويم السلوكي مجتمعة، فقد وضعت من قبل كرمان وجونز Kierman and Johns (١٩٨٠) حيث وضعا مقياساً يسمى بطارية التقويم السلوكي Bechavioral Assessment Battery، التي وضعت ليس من أجل تحديد مستوى أداء الطفل المتخلف عقلياً، بل من أجل اختيار برنامج العلاج الملائم لكل طفل. وقد تبين فائدة استعمال هذه البطارية في المواقف العملية والإكلينيكية وفي قياس التخلف العقلي وتشخيصه.

انتشار التخلف العقلي وحدوثه (وبائياته):

ليس من المهم أية طريقة أو مقياس اعتمد في تشخيص التخلف العقلي، ولكن من الواضح أن التشخيص يتطلب اعتماد قياس وتقويم كل من الأداء العقلي (الذكاء) والسلوك التكيفي (التكيف الاجتماعي) معاً. إن ما نصفه بالتخلف العقلي يعتمد أساساً على المقاييس المستخدمة وعلى المعيار المعتمد في التشخيص. ولهذا السبب يكون من الصعب تبيان انتشار التخلف العقلي ونسبة حدوثه. إن التقدير العادي بأن التخلف العقلي يمثل ٣٪ من المجتمع الأصلي ربما يكون تقديراً ضعيفاً، لأن معدله يختلف باختلاف العمر وصفات المجتمع وباختلاف التعريف المعتمد. إن معدل انتشار التخلف العقلي يختلف بين سكان الريف عنه بين سكان المدن، كما يرتبط بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي. وهناك فروق بين الثقافات والمجتمعات المتباينة. لقد أجريت عدة دراسات وبائية (حول نسبة حدوث الاضطراب وانتشاره أجريت في أمريكا من قبل مختصين في علم النفس والصحة النفسية بولاية نيويورك. فقد بينت دراسة مبكرة قام بها بيردن عام ١٧٩١، أن انتشار التخلف العقلي يختلف باختلاف العمر، حيث كان بنسبة ٤٥٪ دون سن الخامسة عشرة. وعلى العكس من ذلك فإن ٥٤ من الأطفال بين سني ٥ ـ ٩ شخصوا على أنهم متخلفون عقلياً، ونسبة ٨٪ من الأطفال بين سني ٩ ـ ١٤، ونسبة ٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين العاشرة والتاسعة عشرة. وفي دراسة أخرى أجراها ليمكر، وجد أن التخلف العقلي نادر الحدوث بين الأطفال الصغار، ولكنه يزداد خلال سنوات المدرسة الابتدائية والثانوية، ثم يعود ويخف في مرحلة الرشد. ويعود هذا إلى المطالب الملقاة على عاتق الفرد خلال النمو. كما تبين أن الطبقة الاجتماعية تؤثر في العمل التشخيصي، وأن الاضطراب أكثر انتشاراً بين الفقراء وغير المتحضرين منه بين الأغنياء والمتحضرين.

يبدو أنه لا يوجد جواب واضح على التساؤل: من هو الطفل المتخلف عقلياً؟ وقد رأينا أن المتخلف عقلياً ليس الفرد الذي يحصل على درجات منخفضة في مقياس الذكاء فقط، ولكن الذي يعاني من ضعف في السلوك

التكيفي أو ما يسمى التكيف الاجتماعي أيضاً. ومع أن هناك ترابطاً عالياً بين مستوى الذكاء والتكيف الاجتماعي، إلا أنه ليس ترابطاً تاماً. إن تحديد الطفل المتخلف عقلياً يعتمد على المقاييس المستخدمة والمعيار التشخيصي المستعمل. من جهة أخرى فإن متطلبات النمو الملقاة على عاتق الطفل تختلف من مجتمع لآخر، كما أن نفس الطفل الذي ينجح في مرحلة معينة قد لا ينجح في مرحلة أخرى وفي تحقيق متطلباتها. وكما يتغير انتشار التخلف العقلي من سن لآخر، فإنه يختلف من حيث الجنس والسلالة أو العرق، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، مما يدل على أنه محصلة معقدة لتفاعل الطفل مع بيئته.

العوامل السببية في التخلف العقلي:

بسبب أن هناك عوامل متعددة للتخلف العقلي (بيولوجية، اجتماعية، نفسية)، فقد وجد العلماء أن من المفيد جمع هذه العوامل في فئات. ومن أشهر هذه الفئات من العوامل ما نسميه العوامل داخلية المنشأ Endogenous (كالوراثة)، والعوامل خارجية المنشأ exogenous (كالصدمات الانفعالية). وفي أكثر الحالات تتفاعل هذه العوامل مع بعضها. وسوف نميز ٣٪ أنواع من العوامل البيولوجية (الداخلية المنشأ) والعوامل النفسية والاجتماعية (الخارجية المنشأ)، والعوامل التي تتفاعل فيها المتغيرات البيولوجية والاجتماعية معاً.

العوامل البيولوجية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً أساسياً في بعض أنواع التخلف العقلي. وفي الواقع هناك ٨٠٪ من أسباب التخلف العقلي التي تكون الوراثة مسؤولة جزئياً عن نقل الذكاء عموماً. وسوف نبحث في أشكال التخلف العقلي التي تنتج عن عوامل وراثية.

أولاً: ضروب الشذوذ الوراثي (خلل في الجينات). ومن أهم هذه الأنواع والخلل:

ـ الخلل الميتابوليزي أو ضعف عملية التمثيل الغذائي. فالخلل الوراثي

دائماً يترافق مع تخلف عقلي وضعف في الذكاء ، هذا الخلل والضعف يأخذ شكل العجز في التمثيل الغذائي. فالعجز في عملية تمثل سكر اللبن Milk sugar (لاكتوز) يحدث تخلفاً عقلياً حيث يفتقر الطفل لهذه المادة الحيوية. أوضح مثال عن العجز في التمثيل الغذائي هو الفينيل كيتونيوريا phenylketonuria (PKU) وهو خلل وراثي ناتج عن عاهة وخلل في أنزيم الفينيل كيتون ، ويعني هذا أن الطفل يحمل سمة متنحية يرثه الطفل عن والديه الاثنين ، ويبدو الخلل في عملية تمثيل أنزيم الأمينوفينيل (حامض الفينيل). ومع أن هذا الخلل يرتبط بالتخلف العقلي كما هو معروف منذ ٥٠ سنة. وعندما لا يحلل هذا الحمض لاستخدامه في بناء أنسجة الجسم ، فإنه يختزن بكميات كبيرة في الجسم. والفينيل لالاتين الزائد يتحول عن طريق أنزيمات أخرى بالجسم إلى مواد لا ينتجها الجسم عادة. وما دامت هذه المواد تطرح في البول ، يمكن كشف (PKU) عن طريق تحليل البول. وتجرى فحوص الكشف على جميع الأطفال حديثي الولادة ، فإذا كشفت الحالة ، يمكن إخضاع الطفل إلى حمية قليلة من البروتين الحاوية على الفينيل آلالانين. ومثل هذه الحمية باهظة التكاليف ولكنها مفيدة وقد تشكل عبئاً على الطفل الأكبر سناً والذي يريد أن يأكل دوماً مع أترابه وأهله. ولا يوجد اتفاق على المدة التي يجب فيها إخضاع الطفل لهذه الحمية ، وبدورها في الحياة المبكرة ، يبدي الطفل درجات من التخلف العقلي وبنسب متفاوتة. والأطفال المصابون بخلل الفينيل كيتون (٦) يميلون لأن يكونوا شقراً وزرق العيون وجلدهم حساساً.

وهناك عدداً من الأمراض المتعلقة بالتمثيل الغذائي والتي تنتج تخلفاً عقلياً منها ، مثلاً ، مرض تيساخ Taysach Disease ومرض نيمان بيك - Nieman pick Disease ومرض هولر Howler. هذه الأمراض الثلاثة تضم خللاً في التمثيل الغذائي للمواد العضوية الدهنية Lipids. وقد ربط بين هذه الأمراض وبين التخلف العقلي من جهة وبينه وبين العمى والشلل من جهة ثانية ، حيث إن الأطفال المصابين بها لا يعيشون أكثر من سنتين وخاصة الذين يكشف عندهم المرض في مرحلة الطفولة المتأخرة.

الصفات السائدة: على العكس من أمراض التمثيل الغذائي الناتجة عن وراثة متنحية (السابقة الذكر)، فإن بعض أشكال التخلف العقلي تنتج عن الصفات السائدة. وتظهر عند الأطفال إذا كان أحد الوالدين يحملها. ومن أمثلة هذه الصفات السائدة تصلب الأنسجة الدرني Turberrous sclerosis. الذي يأخذ اسمه من العقد أو العجيزات الموجودة في مخ الأفراد المصابين به، وهذه العقد تضم خلايا غير نظامية من حيث الحجم وكمية كبيرة من الكالسيوم. إضافة إلى التخلف العقلي، فإن هناك عدداً من الاضطرابات الجسمية التي تترافق بهذا الخلل منها، أعراض جلدية، وخلل في الكلى. ويقدر هذا المرض بنسبة ١ لكل ٣٠٠ ألف شخص أغلبهم من الإناث. وهناك عدد كبير من الأمراض المتعلقة بالصفات الوراثية السائدة التي تحدث تخلفاً عقلياً، مع أنها نادرة الحدوث. إلا أن أكثر حالات التخلف العقلي انتشاراً والناتجة عن عوامل وراثية هي المنغولية أو المسماة علمياً «زملة داون».

ـ زملة أو تناذر داون Down Syndrome أو المنغولية. وهو أحد أنماط شذوذ الكروموزومات يقوم على نقل مكانه فيمتلك الفرد ثلاثة أزواج من الكروموزومات بدلاً من زوج واحد، وذلك في الكروموزوم ١٢ وهو أصغر الأزواج. وتسمى هذه الحالة بالتثلثات الصبغيةTrisomies. ويبدو على الشخص ملامح جسدية مميزة كالمنغولية، فالعين مطوية، والأصابع غليظة وقصيرة، والشعر خفيف، وأنف مسطح وعريض ولسان كبير مشقوق، ويدان وقدمان قصيرتان عريضتان. وهؤلاء الأطفال يملكون حاصل ذكاء منخفض، أدنى من ٦٠٪، والمنغولية مسؤولة عن ١٠ ـ ٣٠ من حالات التخلف العقلي المعتدل والشديد، وتكثر هذه الحالات بين الأمهات الأكبر سناً، فتحدث لدى (١ من كل ١٥٠٠) من الأطفال الذين من أمهات تحت سن الثلاثين من العمر، ولكن طفلاً واحداً من كل ٦٥ من الأطفال المولودين من أمهات فوق سن ٥٤ من العمر.

ثانياً: الوراثة والتخلف العقلي:

لقد أشرنا في فقرة سابقة كيف يتم نقل الصفات الوراثية السائدة

والمتنحية ، والمسببة للتخلف العقلي. وعلى الرغم من أن هذه العوامل والشذوذات مسؤولة عن عدد من أشكال التخلف العقلي ، إلا أن هناك عدداً من الأطفال لا يملكون خللاً وراثياً واضحاً أو أي شذوذ في الجينات. وهذا لايعني أن الوراثة لا تلعب دوراً في التخلف العقلي عند هؤلاء الأطفال. فقد تبين من عدة دراسات أن الذكاء هو سمة تتحدد من خلال عدد من الأزواج الجينية أو الوراثية التي تعمل مجتمعة ، وأن الذكاء متعدد الأصول. فالطول مثلاً صفة متعددة الأصول وتتحدد من خلال عمل أزواج من الجينات التي تتفاعل مع بعضها. فإذا كان الذكاء متعدد الأصول أيضاً ، فإن الطول يجب أن يتوزع وفقاً للمنحنى الاعتدالي الطبيعي بين الناس حيث الأكثرية تتموضع في الوسط ، والأقلية في الأطراف . إلا أن المشكلة التي يواجهها الباحثون هي أن الذكاء يختلف وفقاً للطبقة الاجتماعية والثقافة. وسنتابع الآن بحث العوامل البيولوجية مركزين على مخاطر الحمل والولادة والعامل الريصي والولادة المبكرة.

مخاطر ما قبل الولادة Prenatal Risks :

يمكن أن ينشأ التخلف العقلي عن عوامل جسمية وكيماوية أو بيولوجية تؤثر في نمو الجنين. ولأن بعض هذه العوامل تؤثر في نمو الجنين بدون أن تتأثر الأم الحامل ، فإن من الصعب تحديدها بدقة. إلا أن الدراسات ساعدتنا في تبيان عوامل الخطر المتعددة في هذا السياق. ويجب أن يبقى في الذهن أن عوامل ما قبل الولادة لها تأثيرات مختلفة خلال فترة الحمل. فخلال المرحلة الجنينية (خاصة في الشهرين الثاني والثالث) ، تحدث التشوهات الجسمية الخطيرة بسبب عوامل عديدة ليس لها مثل هذا التأثير في المراحل المتأخرة من الحمل. وأهم هذه العوامل:

١ - النظام الغذائي للأم الحامل والحمية. إن ما تتناوله الحامل خلال الحمل يؤثر في جنينها ، وتعد أمراض سوء التغذية من أكثر المشكلات تأثيراً ، فقد يؤدي إلى ولادة مبكرة ، أو يعرض المولود إلى مصاعب في عملية التنفس والتغذية ، أو يولد بوزن ضئيل. إن نقص البروتين في غذاء الأم يؤثر في بناء الخلايا وخاصة في الجهاز العصبي.

٢ ـ العوامل الخلقية Teratogenic. فالأدوية المستخدمة في فترة الحمل، والتعرض لأشعة إكس، تخلق جميعها تشوهات في الجنين، أوضح مثال على ذلك الأحداث التي أجريت في اليابان والمتعلقة بالإشعاعات النووية الذرية والكوارث التي حصلت عام ١٩٦٠ والتي أدت بالحوامل إلى ولادة مشوهين أثرت في نموهم. إن من غير الواضح عدد الأطفال الذين أصبحوا متخلفين عقلياً بسبب هذه العوامل الخلقية خلال فترة الحمل، ولكن من الواضح تماماً أن الدواء وأشعة إكس وغيرها من المواد المؤذية يجب تجنبها من قبل الحامل. كما أن آثار التدخين والكحول الذي تتناوله الحامل معروف ولا يحتاج إلى شرح.

٣ ـ العامل الريصي (RH). وهو نمط للدم، وكذلك (ABO) نمط آخر للدم يرتبطان كلاهما بعناصر كيماوية تستقر فوق كريات الدم الحمراء. فالعامل الريصي الذي يرتبط بجهاز المناعة يمكن النظر إليه على أنه موروث وفقاً لقواعد السيطرة والتنحي. وإذا كان العامل الريصي مسيطراً أي سائداً فإن الشخص ذو إليل واحد أو الإليلين كليهما (والإليل هو مجموعة المورثات التي تعمل في موضع معين لإنتاج سمة خاصة) بالنسبة للسمة التي سوف يبديها، ويكون العامل الريصي إيجابياً، أما لشخص ذي الأليلين المتنحيين بالنسبة للسمة فإنه لا يبديها ويكون العامل الريصي سلبياً. وتحدث المضاعفات عندما يكون العامل الريصي السلبي والعامل الريصي الإيجابي ممتزجين في الدم. فالشخص ذو عامل الدم الريصي الإيجابي الذي يتلقى عامل دم ريصي إيجابي يبني أجساماً مضادة ضده. وفي الواقع، فإن عامل الدم الواحد يرفض العامل الآخر. وبالرغم من أنه رفض من طرف واحد لأن الشخص ذا عامل الدم الريصي الإيجابي قد يتلقى عامل دم ريصي سلبي دون أن يرفض. والحالة الوحيدة التي يحدث فيها تنافر بين الأم والجنين هي عندما يكون العامل الريصي في دم الأم سلبياً والعامل الريصي في الجنين إيجابياً. وتعتبر هذه الحالة خطيرة لأنه على الرغم من عدم وجود تبادل للدم مباشرة بين الأم والجنين، إلا أن الدم القاتل يمكن أن يدخل أحياناً إلى الدورة الدموية للأم، وحين يحدث هذا فإن دم الأم

يبني أجساماً مضادة ضد العامل الريصي الإيجابي في الدم. وإذا حدث هذه عدة مرات في الحمل المتكرر، تدخل بعض الأجسام المضادة إلى دم الجنين وتبدأ بقتال خلايا العمل الريصي الإيجابي فيه. وإذا لم يوقف هذا الأمر، سيحدث ضرراً فادحاً أو موت الجنين. أما في الحالات التي يكون فيها العامل الريصي للأم سلبياً والأب إيجابياً، فإن بعض أو كل الأولاد يكونون موجبين، وفي هذه الحالة تنتج الأم مواد ضارة وخطيرة للجسم أو مواد غريبة تؤثر في دم الجنين، والنتيجة هي ولادة طفل متخلف عقلياً (طحان ١٩٩٦).

٤ ـ عدوى ما قبل الولادة. إن العدوى والإصابة قبل الولادة، أحد أسباب التخلف العقلي. فالحصبة الألمانية إذا حدثت خلال الحمل ستحدث آثاراً خطيرة على المولود. كما أن مرض الزهري أو السفلس وغيره من الفيروسات يحدث تخلفاً عقلياً.

٥ ـ الولادة المبكرة أو عدم النضج Permanturely. الولادة المبكرة أو قبل الأوان، قد تحدث بسبب مرض الأم أو سوء الصحة أو عوامل أخرى. وينتج عنها أطفال أقل من الوزن الطبيعي. إن هؤلاء الأطفال يكونون متخلفين عقلياً على الغالب. فالولادة المبكرة مرتبطة بعوامل عديدة هي المستوى الاجتماعي والاقتصادي والعوامل البيولوجية والاجتماعية أيضاً. ومن الصعب تحديد أي عامل هو المسؤول عن ضعف النمو العقلي والمعرفي عند الطفل. ويجب القول أن الطفل المولود أقل من الوزن الطبيعي أكثر تعرضاً للخطر والأمراض، وخاصة الأطفال الذين يولدون بوزن يقل عن ٦٠,١ غرام. وقد تبين أن أكثر حالات التخلف العقلي، بين المواليد الذين كان وزنهم أقل من ٦٠,١ غراماً.

مخاطر ما بعد الولادة وصدمة الميلاد:

هناك عدد من العوامل التي تسبب التخلف العقلي وتزيد من احتمالية حدوثه منها:

١ ـ الشلل الدماغي الذي يحدث عن جروح الولادة مما يلحق الأذى في الدماغ وصعوبات حركية وإعاقة عقلية. والأطفال المصابون بالشلل الدماغي

يعانون من أنواع كثيرة من شلل العضلات وضعف التنسيق الحسي الحركي، وكذلك الحركات اللاإرادية، كما أن ٤٥ ـ ٦٠ من هذه الحالات متخلفون عقلياً.

٢ ـ إن نقص تروية الدماغ بالأكسجين والذي يمكن أن يحصل حين توجد صعوبات في تنفس الوليد، وجروح الولادة التي تسببها الآلات المستخدمة حين الولادة أو المشكلات الناتجة عن مرور الطفل في قناة الولادة.

٣ ـ العدوى والتسمم. فبعض الأمراض السارية المصحوبة بارتفاع حروري عال لمدة طويلة، وخاصة التهاب الدماغ والتهاب السحايا، يمكن أن تسبب ضرراً دائماً في الدماغ وخاصة إذا حدثت في وقت مبكر من الحياة. ويصح الأمر نفسه على رضوض الرأس ونقص التروية الذي يوقف نمو الجهاز العصبي. إن التسمم بالمواد الكيماوية وخاصة الرصاص، قد جذب اهتمام الباحثين باعتباره أحد عوامل التخلف العقلي. فابتلاع كمية قليلة منه في الدهان الذي يتناثر على الجدران، يمكن أن يسبب تخلفاً عقلياً حاداً.

العوامل النفسية في التخلف العقلي:

لعدة قرون مضت، والدراسات المتعلقة بالنمو العقلي تركز على وصف الأطفال الذين تربوا في بيئات غير طبيعية. فالأطفال الذين تربوا في الفقر وحجزوا في أماكن غير مناسبة، نادراً ما ينمون بشكل طبيعي وسوي. ولذلك من غير المدهش أن نجدهم متخلفين عقلياً. وهذه المعطيات مفيدة للتقويم العلمي. وقد لاحظ العالم وودي عام ١٩٣٩ أن هناك زيادة آلية في حاصل الذكاء عند الأفراد الذين ينقلون من أماكن سيئة إلى مؤسسات يتلقون فيها الرعاية والأنشطة المتنوعة. فالخبرات والتجارب النفسية والاجتماعية تؤثر في النمو العقلي والجسمي بشكل واضح. ففي دراسة قام بها العالم برومان ورفاقه (Broman ١٩٧٥)، على عينة تتألف من ٥٠ ألف امرأة ومواليدهم أيضاً، قدم بيانات غنية عن الترابط المرتفع بين حاصل الذكاء في سن الرابعة وبين العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية (مثل ترتيب المولود في الأسرة، المستوى

الاجتماعي والاقتصادي). ويبدو أن العوامل الاجتماعية تلعب دوراً تنبؤياً في الأداء العقلي للطفل.

التخلف الثقافي والعائلي:

ليس لدى المتخلفين عائلياً عاهات بيولوجية واضحة، ولكن لديه حاصل ذكاء يتراوح بين ٥٠ ـ ٧٠، وتاريخ تخلف في الأسرة، غير أن السبب الخاص لحالتهم غير معروف، والبعض يعتبر التخلف العائلي ينتقل عن طريق المورثات من الأبوين المتخلفين إلى أطفالهم. ورغم أن هذا الرأي يقوم على دليل جوهري هو أن ٥٠ ـ ٧٥ من التفاوت في درجات حاصل الذكاء بين الناس يمكن أن يعزى إلى الوراثة، ويعني هذا أنه كلما كانت القرابة بالدم وثيقة بين شخصين، كان التشابه أكبر في الذكاء. ومع ذلك يشدد علماء النفس على أن الذكاء محدود إلى درجة كبيرة بخبرات الطفل وتجاربه أكثر من وراثته (طحان ١٩٩٦). والتخلف العقلي في غياب أي اضطراب بيولوجي، يعود إلى عوامل نفسية واجتماعية. ومن المعروف أن الأطفال المحرومين من الإثارة النفسية والاجتماعية لا ينمو لهم ذكاء سوي. ويعتقد البعض أن رعايتهم من قبل أبوين متخلفين يؤدي إلى ذكاء المتوسط عندهم. إنهم يعتبرون أن التخلف العائلي يعود إلى الإثارة الفكرية المحدودة المقدمة من الأبوين المتخلفين، وأن المحيط المحروم ثقافياً واجتماعياً الذي يعيشون فيه قد دعم أن التخلف العائلي يحدث في أسر الطبقة الدنيا أكثر من المتوسطة.

عوامل التخلف العقلي (حكم عام ونتيجة نهائية):

لقد رأينا التخلف العقلي قد ينتج عن عوامل متعددة بعضها بيولوجي وبعضها نفسي واجتماعي. وفي أكثر الحالات من الأطفال المصابين بالتخلف العقلي لم يلاحظ أي شذوذ جسمي. وفي حالة التخلف العقلي الثقافي، يكون اجتماع وتفاعل الوراثة مع البيئة، هو المسؤول عن الأداء العقلي المنخفض. إن المداخلة النفسية والاجتماعية (كالتبني والرعاية) تحسن من مستوى الأداء العقلي للطفل، وسنرى الآن أحدث الدراسات والنظريات حول هذا الموضوع.

بحوث ونظريات في التخلف العقلي:

لقد اتخذت الدراسات النفسية التي ركزت على طبيعة التخلف العقلي، اتجاهات متنوعة. ففي بعضها وضع الأطفال والراشدون المتخلفون عقلياً في مواقف مضبوطة بهدف دراسة مظاهر التعلم والأشراط عندهم. وفي بعضها الآخر تم التركيز على العمليات المعرفية التي يستعملها المتخلف عقلياً لحل مشكلاته ومعالجة المعلومات. ومن الصعب عرض الدراسات التي أجريت في العقود الثلاثة الأخيرة على كثرتها، إلا أننا سنتحدث عن البحوث التي أجريت على الأطفال والتي توجهت لشرح طبيعة التخلف العقلي وخاصة العجز المعرفي. وقبل ذلك سنتعرض لبعض القضايا المنهجية الخاصة في هذه البحوث.

قضايا منهجية في دراسة وبحث الأطفال المتخلفين عقلياً:

من أجل الطرق المنهجية لدراسة التخلف العقلي، علينا أن ننظر إلى بعض الافتراضات النظرية. ولنفترض أن الباحث مهتم باختبار فرضية تقول بأن المتخلف عقلياً يفضل تذكر المواد اللفظية عن طريق الاستظهار والحفظ الصم دون فهم، وبدون الاهتمام بمعنى الكلمات ودلالتها بالشكل الذي يسهل تذكرها كما هو الحال عند الأطفال الأسوياء. على الباحث هنا أن يجمع عدداً من الأطفال المتخلفين عقلياً (وفقاً لمعيار الذكاء والتكيف الاجتماعي، السابق ذكرهما)، ومن نفس العمر، ومجموعة أخرى من الأطفال الأسوياء من نفس العمر أيضاً. ويقوم بالتجربة، حيث يطلب من هؤلاء الأطفال أن يحفظوا قائمة كلمات، يمكنهم حفظ دلالتها أو حفظها بدون فهم عن طريق الاستظهار والصم. فإذا استعمل الأسوياء التنظيم والحفظ الدلالي أكثر مما استعمله المتخلفون عقلياً، فإن الباحث (بعد تطبيقه اختبارات إحصائية معروفة) سيستنتج أن هذه الفرضية قد ثبتت وأن الأطفال المتخلفين عقلياً لا يحفظون المواد والكلمات استناداً إلى دلالتها ومعناها. وبالرغم من أن مثل هذا الاستنتاج غير قاطع، لأن الأطفال المتخلفين عقلياً قد ينجزون أقل من الأسوياء مهمات تجرى عليهم في المخبر، وبسبب صعوبة فهمهم للتعليمات.

من جهة أخرى فإن الفروق بين المتخلفين والأسوياء في أي مقياس لا يعني أن المتخلفين يعانون من عجز محدد بالمقارنة مع الطفل السوي في مهمة واحدة فقط ، وليس في الأخرى.

على الباحث أن يستخدم عدة طرق في اختياره لنوع المهمات التي سيختبرها ، واحدة منها يتوقع أن يستطيع الأطفال الأسوياء إنجازها ، والثانية يستطيع الأطفال المتخلفون إنجازها أيضاً. ففي مثالنا يجب للمهمة الثانية أن تضم قائمة يمكن حفظها بشكل أصم (حفظ دون فهم) ، واختيار مثل هذه القائمة من الكلمات ليس سهلاً لأنه يجب أن تكون متناسقة ومتناسبة بحيث يمكنها أن تبين الفرق بين المجموعتين من المفحوصين. فإذا لم يتم مثل هذا الإجراء ستتوقع نتائج غير صحيحة. كما أنه لا يجوز أن تكون المهمات سهلة بحيث يمكن لكل الأسوياء إنجازها بسهولة. إن هناك معضلة تفسير النتائج أيضاً ، فحتى لو طبق الباحث كل تلك الإجراءات ، فقد يأتي باحث آخر ويقول إن هذه النتائج غير قادرة على إخبارنا ما إذا كان العجز أو الضعف الذي يعاني منه المفحوص نمائياً (شائعاً عند الأفراد في مرحلة نمو معينة) ، أو أنه عجز حقيقي يوجد عند المتخلفين عقلياً فقط. ولعمل هذا يمكن استخدام مجموعة ضابطة تضم أطفالاً أسوياء من نفس العمر العقلي الذي للأطفال المتخلفين عقلياً ، والفروق بين هذه المجموعات سيبرهن على أن العجز حقيقي عند الأطفال وليس نمائياً. ويجب الانتباه إلى أننا نستخدم مفهوم العمر العقلي في مقياس الذكاء ، ولكنه ليس مؤشراً دقيقاً لمرحلة نمو ثابتة ، فدرجة واحدة من العمر العقلي قد تعكس أنماطاً عديدة من درجات الاختبار ، كما أنها تهمل الفروق التي توجد في خبرات الطفل. فالمقارنة بين الأطفال المتخلفين عقلياً والأسوياء من نفس العمر العقلي في حاصل الذكاء ، له عيوب ونواقص لأنه يتجاهل دور النضج الاجتماعي. إن المنهج والطريقة المتبعة في دراسة التخلف العقلي ، تعتمد أساساً على الاتجاه النظري للباحث ، والمهم أن النظرية المعتمدة يجب أن تكون قابلة للقياس وقادرة على توضيح ما نريد دراسته في الطفل المتخلف عقلياً.

الأشراط والتقويم التشخيصي للتخلف العقلي:

إن القياس والتقويم العقلي باستعمال الأدوات السيكومترية مثل اختبارات الذكاء ومقاييس النضج الاجتماعي، تعطينا صورة عامة عن أداء الطفل. ولأغراض إعادة التأهيل، يكون من الضروري أن نملك معرفة دقيقة ونوعية بمشكلات التعلم عند الأطفال، وقد استعمل بعض الباحثين تقنيات الأشراط لهذا الغرض.

فالأشرط الإجرائي، تم استعماله في العديد من الدراسات والبحوث التي استهدفت قياس وتشخيص التخلف العقلي. وقد أظهر هذا الإجراء عدداً من نقاط القوة والضعف، وفوق ذلك تعتبر أشكال التعلم متغيراً هاماً بذاتها. إن بعض الأطفال يتعلمون أسرع أو أبطأ من بعضهم الآخر، ويظهر البعض منهم مشكلات تبدو في الاختلاف في الاستجابة، أو في تعميم المثير، أو في تمييز الاستجابات. إن المشكلة الأساسية عند المتخلفين عقلياً هي انخفاض نسبة الذكاء عن المتوسط، وكل منهم يملك مشكلات وصعوبات يمكن علاجها عن طريق برامج تربوية وعلاجية فردية. وربما يستعمل الأشراط الإجرائي لتقويم وقياس مهارات معقدة مثل تكوين المفاهيم وتشكيل الاستجابات الشرطية البسيطة. وقد وصف العالم ديني منذ عام ١٩٦٦، استعمال الأشراط لتقويم فهم الطفل للألوان، والزمن أو الوقت، وغيرها من المفاهيم. ومن خلال العمل مع المهارات السلوكية مثل تعلم التمييز، بين العلماء أن التشكيل الدقيق لبيئة الأشراط يمكنها أن تتيح للطفل المتخلف عقلياً أن يتعلم مهارات لم يكن قادراً على تعلمها من قبل. كما ركز بعضهم الآخر على البيئة التي تتيح للطفل اكتساب وتعلم مهارات سلوكية مناسبة عن طريق الأشراط، مشددين على العمليات المعرفية واستخدام طرق التفكير في فهم طبيعة العجز المعرفي عند الطفل المتخلف عقلياً.

علم النفس المعرفي والتخلف العقلي:

إن علماء النفس المعرفي الذين يعملون في مجال الذكاء، قد حاولوا إبدال واسترجاع المتغيرات التقليدية مع تراكيب وبنى نظرية معالجة المعلومات في

العمليات المعرفية. وهناك نماذج متعددة لمعالجة المعلومات في العمليات المعرفية، لكل واحدة منها ميزاتها، إلا أنها جميعاً تشترك في صفات واحدة، مثلاً، تمثل جميعها سلسلة من المستودعات والمخازن، فالمعلومات البيئية هي أول عناصر هذا المخزن الحسي (بصرية سمعية). صحيح أن أكثرها يتلاشى حتى يتم التركيز والانتباه عليها، إلا أن التركيز والانتباه نفسه خطوة هامة في قدرة الشخص على التخزين في الذاكرة قصيرة المدى، حيث يتم إعادتها وتكرارها أو يتم إبدالها بمعلومات جديدة. إن التكرار والإعادة ينتج نقل المعلومات إلى مخزن الذاكرة طويلة المدى لفترة قد تطول أو تقصر. إن الواقع الفيزيقي والمادي للمخازن الذاكروية هذه بمثابة إجراء وصفي للعمليات المعرفية أكثر منه تشريحي عصبي.

إن الخطوط العريضة أنموذج معالجة المعلومات ممثل في الشكل التالي، الذي يظهر المعلومات التي تسير في اتجاه واحد فقط. وفي الواقع فإن مستويات المعالجة العالية للمعلومات تعتبر بمثابة تغذية راجعة من أجل المستويات الدنيا وهكذا. مثلاً أحد الأسباب التي تحدث أخطاء حول ما نسمعه أو نراه كما هو الحال في الوهم البصري يكون سببه خبراتنا (كالتخزين في الذاكرة قصيرة المدى) تقودنا إلى تلقي مثيرات عالية ومحتملة حتى ولو كانت غير موجودة. إن كل مرحلة من مراحل نموذج معالجة المعلومات الموضحة في الشكل التالي، يمكن تقسيمها إلى عمليات معرفية أكثر تحديداً وتميزاً.

مخزن الصقل الحسي ـ انتقاء إدراكي ـ مدخل ترميز ـ مخرج ترميز ـ الذاكرة الوسيطة ـ المخرج للذاكرة قصيرة المدى «العاملة» ويضم الإعادة والتكرار.

إن كل مرحلة من مراحل هذا النموذج يمكن تقسيمها إلى عمليات معرفية أكثر تحديداً، كما هي موضحة في الشكل التالي، الذي يصف مراحل المعالجة التي تدخل ضمن مرحلة الانتباه الانتقائي والإدراك. وفيها تعتبر المثيرات أولاً هي المخزن الصاقل الحسي، وتتجمع هذه المعلومات ضمن وحدات وفقاً للخصائص الفيزيقية للمثيرات ووفقاً لقوانين علم نفس الكشتالت (التجاور والتشابه والإغلاق). إن هذه الوحدات قد استعملت لبحث الذاكرة

طويلة المدى ، ويستمر البحث حتى يتم الوصول إلى تفسير المثيرات والقيام بالاستجابة. هذا النموذج بمراحله موضح في الشكل التالي :

مدخل مخزن الصقل الحسي عزل أو فصل في الوحدات ذاكرة البحث من أجل التفسيرانتقاء الاستجابة.

من الواضح أن الأطفال المتخلفين عقلياً يختلفون عن غيرهم في نوعية المثيرات ودوامها في المخزن الحسي ، وبالتالي ستتأثر معالجة المعلومات عندهم نتيجة لذلك. ولهذا السبب فإن الانتباه والإدراك عندهم قد درس بتوسع من قبل علماء النفس المعرفي. وأكثر هذه البحوث قد تم من قبل العالمين روس ووارد اللذين انتهيا إلى القول بأن معالجة المعلومات البصرية على الأقل عند الأطفال المتخلفين عقلياً والأسوياء متشابهة في مخازن الذاكرة قصيرة المدى ، وأن هذا الحكم النهائي والنتيجة قد لا تطبق على مخزن المثيرات الحسية السمعية حيث تكون النتائج مختلفة تماماً. إن أهم صعوبة في إجراء بحوث الإدراك على المتخلفين عقلياً هي صعوبة كون المثيرات المتنوعة مألوفة مما يؤثر في النتائج. مثلاً ، استخدمت عدة دراسات أحرف الألفباء كمثيرات ، وبسبب أن الأطفال المتخلفين عقلياً أقل معرفة بهذه الأحرف من الأسوياء ، فإنهم سيظهرون عجزاً معرفياً مؤكداً ، هذا العجز لا يظهر عندهم لو كانت المثيرات مألوفة ومتشابهة أو متماثلة في كلا المجموعتين من أطفال التجربة (المتخلفون والأسوياء).

لقد أوجدت عدة دراسات تجريبية أن الأطفال المتخلفين عقلياً أبطأ في معالجة المعلومات من أقرانهم الأسوياء. هذه الفروق في السرعة لا توجد فيما لو تمت مقارنة الأطفال المتخلفين عقلياً مع أطفال أسوياء يتمون جميعهم لنفس العمر العقلي. هذه النتيجة مهمة جداً لأن الأطفال الأسوياء من نفس العمر الزمني كما هو عند الأطفال المتخلفين عقلياً ، يملكون عمراً عقلياً أعلى. ولهذا السبب فإن المجموعة الضابطة المناسبة للتجربة هي مجموعة الأطفال الأسوياء من نفس العمر العقلي. وسنبحث الآن عمليات معرفية عقلية أخرى متعلقة بمعالجة المعلومات عن المتخلفين عقلياً ، هي اللغة والذاكرة.

اللغة والذاكرة:

تؤثر القدرة اللغوية على الذاكرة والتفكير بطرق عديدة، وأحد هذه الطرق هو دور اللغة في تنظيم المعلومات. فالأطفال المنغلقون على ذواتهم، يميلون إلى الاعتماد على المظاهر الجسمية والمادية للمثيرات، ويتجاهلون الرموز والإشارات العميقة، مع أنهم عاجزون في العديد من المهمات الذاكروية الهامة بالمقارنة مع أطفال يستعملون هذه الرموز والإشارات. إن الرموز الدلالية لها دور هام في عملية الاسترجاع والتذكر. وهذه إحدى مظاهر العجز عند المتخلفين عقلياً بسبب الخلل وضعف النمو اللغوي عندهم. من جهة أخرى يتشابه الأطفال المتخلفون عقلياً والمنغلقون على ذواتهم في هذا الجانب، ولكن الدراسات التجريبية لم تتفق دوماً على هذه النتيجة. وقد بينت بعض الدراسات حول تنظيم الذاكرة عند المتخلفين عقلياً، أهمية اللغة والذاكرة في معالجة المعلومات عندهم.

وفي سلسلة من تجارب الاسترجاع الحر Free recall حيث كان على الأطفال أن يتذكروا قوائم كلمات، تبين أن الأطفال المتخلفين عقلياً يميلون إلى أدنى استعمال للإشارات الدلالية أو المعنى في عملية الاسترجاع والإعادة. إنهم غير قادرين على تنظيم الكلمات وتجميعها في فئات استناداً إلى دلالتها ومعناها أثناء الاسترجاع. تشبه هذه النتيجة ما يحصل عند الأطفال المنغلقين على ذواتهم. إلا أن العلماء ذهبوا إلى أبعد من هذا لمعرفة ما إذا كان الأطفال المتخلفون قادرين على التعامل مع المجموعات وبالتالي كمية ما يتم استرجاعه. وقد وجد أن الجميع يتزايد عن طريق تزويد المفحوصين من المتخلفين عقلياً بفئات من الأسماء حين تعرض عليهم المثيرات لأول مرة أو خلال الاسترجاع. إن هذه الدراسات وغيرها توضح أنه بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً يكون استعمال استراتيجيات منظمة بمثابة مقياس للموقف يكون كافياً وذا فعالية في تأكيد استعمالهم لها. وقد قدم العالم هيرويت دليلاً على أن هؤلاء الأطفال يمكن تعليمهم استعمال هذه العمليات التنظيمية. أما بالنسبة لحالات التخلف العقلي الشديد، فلا يستجيبون لمثل هذه التجارب

والعمليات كما هو الحال مع أقرانهم من حالات التخلف العقلي البسيط. ومن غير الممكن القول ما إذا كان الأطفال من نوع التخلف العقلي الشديد ينقصهم فعلاً القدرة على تجميع المثيرات والمواد أو الكلمات وفقاً لدلالتها ومعناها، فربما يملكون قدرة على ذلك ولكنهم بحاجة إلى أنواع أخرى من الإشارات والتدريب قبل استعمالها. إن ألفة المثيرات أو الكلمات وعدم غرابتها يدخل في هذا الموقف لأن المتخلف عقلياً من النوع الشديد أقل ألفة وأكثر بعداً عن العلاقات الدلالية بين الكلمات من أقرانه أصحاب التخلف العقلي البسيط.
هناك بحوث أخرى حول الذاكرة قصيرة المدى وحل المشكلات تم بحثها ضمن موضوعات البحث الدولي حول المتخلفين عقلياً. هذا البحث يمكن تلخيصه على أنه مؤشر على عدم وجود فروق موثوقة (يمكن الاعتماد عليها) بين التراكيب المعرفية التي يستعملها المتخلفون عقلياً، وتلك التي يستعملها الأسوياء في إنجاز المهمات المعرفية العقلية. وفي ضوء نظرية معالجة المعلومات، فإن بنية الذاكرة تعتبر واحدة عند الأطفال الأسوياء والمتخلفين على السواء. وبشكل عام يبدو أن العمليات المعرفية متشابهة، وحين توجد فروق أو اختلافات بين هاتين الفئتين من الأطفال، يعزى هذا إلى صعوبات في المعرفة حين الإعادة أو الاسترجاع وإلى صعوبات في الاستراتيجيات المعرفية الأخرى (مثل الإدراك والترميز والانتباه)، أو إلى عدم القدرة على استعمال هذه الاستراتيجيات عند الأطفال المتخلفين عقلياً وخاصة حين يكونوا مقيدين من حيث الوقت. وعلى العكس من حالة الأطفال المصابين بالانغلاق على الذات، لا يوجد دليل على وجود إعاقة أو عجز معرفي واضح في معالجة المعلومات عند الأطفال المتخلفين عقلياً. ونحن نتوقع هذا بسبب الطبيعة متغايرة الخصائص للتخلف العقلي. ويبدو واضحاً أن المشكلات التي يعانيها الطفل المتخلف عقلياً في معالجة المعلومات هي موضوع يتعلق بالدرجة أكثر منه بالنوع، وأن التحديد الدقيق حول كيفية إنجاز المهمة المعرفية ربما يقود إلى تحسن لاحق. إن تدريب الطفل المتخلف عقلياً على استعمال الاستراتيجيات المعرفية وكيفية تطبيقها في المواقف المختلفة، هي طريقة هامة في تحسين أداء هؤلاء الأطفال. وقد وصف ميتلر وجونغ عدداً من الطرق التي

تساعد في معالجة المعلومات واستعمالها ، سنشرحها في الفقرة التالية.

علاج التخلف العقلي وتدبيره:

التدريب المنظم في مؤسسات متخصصة:

إن أولى المحاولات المنظمة لمساعدة الأطفال المتخلفين عقلياً في أمريكا ، كانت حين البدء بالنظر في المعوقين وتأهيلهم. وقد تم إنشاء العديد من المؤسسات لهذا الغرض. وقد ركزت جميعها على تقديم الخدمات المتخصصة ، وما تزال تفتح المعاهد والمراكز في دول العالم لهذا الغرض ، وخاصة بعد الدور العلاجي والتأهيلي الذي تقوم به هذه المؤسسات وتعديل سلوك الأطفال المعوقين. إن تعديل السلوك في هذه المؤسسات والمراكز يخدم في مساعدة الأطفال الذين يعانون من تخلف عقلي شديد؛ بحيث يتدربون على استعمال مهارات ضرورية لحياتهم اليومية وتدبير شؤونهم الخاصة. مثلاً تعليم الطفل المتخلف عقلياً على طريقة تناول الطعام ، والجلوس وراء الطاولة ، والتدريب على الإخراج ، والنظافة عن طريق تقنيات تعديل السلوك. وقد استخدم وايسون ورفاقه منذ عام ١٩٦٧ تقنية الإبعاد المؤقت Time Out (العزل الاجتماعي المؤقت) لتقليص توجيه انتباه المتخلف عقلياً نحو أقرانه بدلاً من الراشدين وتركيز انتباهه نحو الكبار ، وتعزيز عملية التفاعل الاجتماعي أيضاً. كما تم تعديل العديد من أشكال السلوك الشاذ (كالعدوان وإيذاء الذات) بطريقة تعديل السلوك. وقد اكتسب عدد من الأطفال المتخلفين عقلياً مهارات المساعدة الذاتية في هذه المؤسسات وعادوا إلى بيوتهم يعيشون حياتهم مع أهلهم ، ولكن تحت إشراف ومراقبة متخصصة من علماء النفس.

التعليم والعلاج في المدارس:

إن أكثر حالات التخلف العقلي الآن يتم رعايتها في مدارس عامة أو خاصة ، وأكثر الدول تعتمد منهج التربية الخاصة لهؤلاء الأطفال ، ولكن الاختلاف في حجم هذه الصفوف الدراسية وطرق التدريس المتبعة. وبسبب أن بعضها بعيد عن النظامي والرسمي ، فإن من الصعب إجراء تقويم ودراسة

للتربية الخاصة التي تطبق عليهم. إن مشكلة تقويم البرامج التربوية هي الأهداف المختلفة للأطفال المتخلفين عقلياً. إن الأطفال المصابين بالتخلف العقلي المتوسط (ونسبة ذكائهم ٥٠ تقريباً) يمكن تعليمهم مهارات المساعدة الذاتية، أما الذين يعانون من تخلف عقلي بسيط (ونسبة ذكائهم بين ٥٥ و٧٥) يمكن تعليمهم بعض الموضوعات الدراسية. إن تعديل السلوك وكذلك البرامج التعليمية تستند جميعها إلى نظرية معالجة المعلومات التي تطبق على الأطفال المتخلفين عقلياً كما بينا.

إن برامج التربية الخاصة مصممة لتعليم الطفل المتخلف عقلياً مهارات نوعية محددة مثل القراءة وتحسين عملياته المعرفية والعقلية (الذاكرة والانتباه والإدراك) استناداً إلى معالجة المعلومات. إن التدريب على مهارة معينة وتعليم الاستراتيجيات المعرفية متناسقة ومتزامنة خلال الممارسة، فكلا النوعين من التعليم (تعليم مهارات المساعدة الذاتية، والاستراتيجيات المعرفية) يكون ضرورياً، كما أن هناك عوامل عديدة في بيئة التربية الخاصة تلعب دوراً هاماً في تحديد نجاح البرامج، وأحد أهم هذه العوامل التي تحدد مدى نجاح البرنامج، هو القدرة الأولية للطلاب. فالطلاب المتميزون ينجزون أفضل من أقرانهم الآخرين في برامج التربية الخاصة هذه. والعمل الثاني، هو جو الصف وقاعة الدراسة، لأن هذا له تأثيره الهام في عملية التعليم والتدريب. إن هذين العملين (القدرة الأولية للطفل المتخلف عقلياً، وجو الدراسة في الصف) تؤثر بدرجة كبيرة، وتزيد من فرص الإنجاز والتعلم بنسبة ٥٠٪ تقريباً كما شدد براين (Bryan ١٩٧٥).

إن من أهم القضايا التي ما تزال مثار جدل في التربية الخاصة، هي ما إذا كان يجب وضع الأطفال المتخلفين عقلياً في صفوف مستقلة أو موحدة ضمن الصفوف النظامية. أحياناً توجد بعض الصفوف الخاصة بالأطفال المتخلفين عقلياً الذين يصعب عليهم السير في الصفوف النظامية، في الوقت الذي يشير فيه البعض إلى أن هذه الصفوف الخاصة تعيق على ما يبدو أكثر مما تحسن التعلم، أي أن الأطفال ذوي الذكاء المنخفض قد وجدوا أنهم يؤدون العمل

المدرسي أفضل في الصفوف النظامية أكثر من الصفوف الخاصة. وقد حاول بعض المربين التبرؤ من هذه النتائج المخيبة استناداً إلى الأسس التالية: ١ ـ لأن الأطفال الذين اختيروا لوضعهم في الصفوف الخاصة كانوا عادة من المزعجين وضعيفي التحصيل من البداية، ولا يمكنهم الإفادة من الصف الخاص، ٢ ـ غالباً ما يكون معلمو الصفوف الخاصة غير مدربين تدريباً كافياً لإنجاح برامج الصف الخاص، ٣ ـ كما لا يتوقع معلمو الصف الخاص من تلاميذهم الكثير مما يؤثر في عملهم.

لماذا يوجد صفوف خاصة إذاً؟ الجواب هو أن الأطفال المتخلفين عقلياً يبدو أنهم يتلاءمون تلاؤماً أفضل ويتحسن شعورهم في هذه الصفوف بحيث يتنافسون ويتفاعلون مع بعضهم أكثر مما في الصفوف النظامية التي تحوي أطفالاً أذكى منهم. إن من الأفضل بالنسبة لنمو شخصية الأطفال المتخلفين عقلياً وضعهم في صف خاص (وخاصة الذين يكونون من النوع البسيط والمتوسط). في الواقع لا توجد أجوبة سهلة حول كيفية مواجهة هذه المدارس لحاجات هؤلاء التلاميذ وتحقيقها، والقرارات التي يتم وضعها تكون بالاستناد إلى عدد من الأسس، منها: الطريقة الأفضل لتحقيق الأهداف المرغوبة، والفلسفة التربوية للمهارات الدراسية، والنمو الاجتماعي للطفل المتخلف عقلياً. إن القرار يكون بالاستناد إلى حاجات كل طفل باعتباره حالة فردية خاصة من حيث حاجاته النفسية والاجتماعية ومستوى ذكائه. وتحاول بعض المدارس جمع الخيارين معاً عن طريق الاحتفاظ بالأطفال المتخلفين تخلفاً عقلياً خفيفاً في الصف العادي ولكن بترتيب يقضون بموجبه جزءاً من اليوم مع معلم تربية خاصة يساعدهم في مسائل دراسية خاصة بهم.

الوقاية:

لقد لاحظنا أن عوامل عديدة (بيولوجية ونفسية واجتماعية) تلعب دوراً في التخلف العقلي. هنا يدخل دور الوقاية من هذه العوامل لمنع حدوثه. بالنسبة للأطفال الذين لا يظهر عليهم التخلف العقلي مبكراً في حياتهم، تكون برامج المداخلة الخاصة بالمولود هامة جداً من أجل الوقاية ومن الفشل التعليمي الذي

يتعرض له مثل هؤلاء الأطفال حين نموهم في المراحل اللاحقة. هذه البرامج متنوعة، وسنصفها مفصلاً في فصل لاحق، إلا أننا الآن سننظر في البرامج الخاصة بالوقاية من التخلف العقلي.

إن برامج الوقاية الأولية المبكرة للأطفال المتخلفين عقلياً (والذين هم في خطر التعرض للتخلف العقلي) قد تطورت منذ عام ١٩٧٠ استجابة لحاجة البرامج التعليمية والمناخ الداعم. ومنذ عام ١٩٨٠ أصبحت برامج المداخلة المبكرة أقل استعمالاً، وهناك عدة عوامل وراء هذا التغير منها: ١ ـ القيمة الضعيفة للبحوث، ومشكلات مناهج البحث، وقلة الميزانيات المصروفة لهذه البحوث، كما لا يمكن التنبؤ مسبقاً بقيمة هذه البحوث في المداخلة إلا بعد إجرائها وصرف نفقات كبيرة عليها. ٢ ـ إن المداخلة المبكرة هي مصطلح يتضمن عدداً كبيراً من الأنشطة، ومعرفة ما إذا كان فعالاً أم لا يعتمد أساساً على ما تتضمنه هذه البرامج، ومن يتلقاها وكيفية تقديرها وتبيان نجاحها. وبالرغم من وجود تشابه بين البرامج جميعها (أكثرها يضم برامج مهنية، طبية، تربوية، علاج نطق، علاج نفسي ..) إلا أن هناك فروقاً كبيرة بينها. فبعض حالات التخلف العقلي يتطلب برامج خاصة (مثل زملة داون)، وأخيراً محصلة ونتائج تقدير مدى نجاح هذه البرامج والمداخلة، يمتد من استعمال مقاييس الذكاء إلى التقويم الإكلينيكي وتقارير الوالدين.

إن برامج المداخلة المبكرة باهظة التكاليف، وقد يكون لها آثار هامة على حياة الأطفال. ونقر نحن كعلماء نفس، أهمية هذه البرامج والمداخلة المبكرة لأنها لا تدخل الطمأنة فقط، ولكنها تساعد في إدخال الأطفال في الكثير من الأنشطة المفيدة التي تغير مجرى حياتهم. ومن أجل تقويم فعالية هذه المداخلة المبكرة، على عالم النفس أن يكون حذراً في تقويمه لكل المعطيات والنتائج بأسلوب دقيق وشامل. ومن المؤسف أن هذا نادراً ما يحدث. عموماً تتضمن برامج المداخلة المبكرة إجراءات عديدة وبرامج متنوعة مثل: العناية المستمرة بصحة الطفل، والفحوصات، والتغذية، البيئة الغنية بمثيراتها، الاهتمام بالأطفال الذين هم في حالة خطر الإصابة بالتخلف العقلي. إن مثل هذه البرامج

تزيد من حاصل الذكاء بنسبة ٢٥٪ مقارنة بأطفال المجموعة الذين لم يتعرضوا لمثل هذه البرامج.

صعوبات التعلم (العجز عن التعلم):

تعتبر صعوبات التعلم من أهم المشكلات النفسية والتربوية التي تواجه العملين في المؤسسات التربوية والصحية، إضافة إلى الأهل والمتعلمين أنفسهم، وذلك لأن نسبتها مرتفعة مقارنة بالمشكلات السلوكية الأخرى، ولاختلاف المتخصصين في تشخيصها وتصنيفها. تعتبر صعوبات التعلم من أهم اضطرابات النمو وأقلها تفهماً. ومن المتفق عليه أن لهذه الاضطرابات خلل في الجهاز العصبي المركزي، كما لا توجد طريقة طبية موثوقة يمكن الاعتماد عليها في التشخيص وبالتالي في العلاج، ويأمل العلماء أن تساعدهم بحوث علم النفس العصبي في زيادة فهمها وعلاجها.

لمحة تاريخية ودراسات مبكرة:

إن مصطلح صعوبات التعلم، واسع، ويضم الحالات التي يعاني أصحابها عجزاً عن اكتساب المهارات الأكاديمية والتعليمية الرئيسية (كالقراءة والكتابة والحساب)، وله أنوع عديدة وتسميات شائعة أهمها:

١ ـ العجز القرائي الديسلكسيا Discalculia ويعزى إلى الخلل أو الضعف الأساسي في مجال تعلم القراءة واكتسابها.

٢ ـ العجز الحسابي الديسكلكوليا Discalculia ويعزى إلى ضعف القدرة على إنجاز العمليات الحسابية واكتسابها.

١ ـ الحبسة أو الديسلوجيا Dislogia وهو عسر التعبير وعدم القدرة على الكلام أو التعبير عن الأفكار.

٢ ـ العجز الكتابي أو الديسغرافيا، وهو العجز عن القيام بالكتابة.

كانت مشكلة العجز القرائي أول أشكال العجز التي تمت دراستها، وبقيت كذلك مركز الاهتمام، لأنها الأكثر انتشاراً من أشكال العجز الأخرى.

إن أول التفسيرات العلمية للعجز القرائي قدمه العالم مورجان عام ١٨٨٦ حيث سماه عمى الكلمات Word Blindness وقد اعتبره ناتجاً عن خلل في الدماغ وخاصة الجزء المسؤول عن الذاكرة البصرية. ومنذ ذلك الوقت ركز العلماء على عملية الإدراك البصري والذاكرة البصرية في القراءة، وأن علاجه إنما يتم بالتعلم المنظم خطوة بخطوة حتى تتحسن عملية الإدراك البصري.

إن تطور البحوث التجريبية والإكلينيكية في صعوبات التعلم قد مرت بمرحلتين: مرحلة أولى ركزت على الإدراك البصري والذاكرة البصرية، والثانية على دور العمليات اللغوية ونمو اللغة.

ففي المرحلة الأولى (الإدراك البصري والسلوك الإدراكي الحركي)، كان لعمل العالم غولدشتاين ١٩٣٩ أثر بارز حين درس الجنود الذين يعانون من أذى في الدماغ خلال الحرب العالمية الأولى، وحدد جملة الأعراض المميزة لسلوكهم: التفكير الحسي العياني، اضطراب إدراك الشكل والخلفية، الذهول وضعف التركيز. وبعد ذلك برز اهتمام علماء منهم: شتراوس وميرنر اللذان اهتما أساساً في تحديد ما إذا كانت الأعراض السلوكية التي ذكرها غولدشتاين عند الراشدين تنطبق أيضاً على الأطفال. ثم برز العمل الهام الآخر الذي قام به كروشناك والذي درس أطفالاً يعانون من أذى دماغي ولكنهم ليسوا متخلفين عقلياً، ولاحظ أن مشكلاتهم السلوكية هي اضطراب إدراك الشكل والخلفية، واضطراب الإدراك، والمهارات الإدراكية الحركية وفرط النشاط. وقد وجد صلة بين أذى الدماغ وصعوبات التعلم وخاصة نقص الانتباه وفرط النشاط مما دفع بالعديد من العلماء إلى تطوير تقنيات تربوية وسلوكية حديثة في علاجها مثل أسلوب خفض المثيرات البيئية، والتعلم المباشر وتقنية تطوير المهارات البصرية الإدراكية.

أما المرحلة الثانية المتعلقة بالتركيز على النمو اللغوي ودور اكتساب اللغة في التعلم، فكانت سائدة خلال فترة طويلة وخاصة بالنسبة لعسر التعبير، مع أن هذا العجز أقل انتشاراً من عسر القراءة. ومنذ بحوث بروكا عام ١٨٦٠

وتحديد منطقة الفص الجبهي الأيسر بالدماغ على أنها مركز الكلام والنطق ، تم التشديد على العلاقة بين السلوك وهذه المنطقة المخية. وقد ميز العلماء بين نوعين من احتباس الكلام أو الأفازيا :

١ ـ احتباس الكلام المكتسب Acquired Aphasia ، ٢ ـ احتباس الكلام النمائي Devlopment Aphsia وهو النمو اللغوي الضعيف جداً. وفي عام ١٩٦٠ طور ديبام ورفاقه نظرية لتطور اللغة الطبيعي استناداً إلى نموذج معالجة المعلومات وتم تطبيقها في علاج العديد من حالات العجز. وفي عام ١٩٦٦ تشكلت الرابطة الأمريكية الخاصة بدراسة الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم ، واختارت هذه الرابطة مصطلح العجز عن التعلم Learning Disability أو العجز التعلمي (LD) للإشارة إلى صعوبات التعلم بأشكالها المختلفة.

وصف وتشخيص :

إن التعريف المستخدم حالياً لصعوبات التعلم أو العجز عن التعلم (LD) هو التعريف الذي وضعته الرابطة الأمريكية الخاصة بدراسة صعوبات التعلم ، والذي يقول:

«إن العجز عن التعلم هو حالة الخلل في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم اللغة واستخدامها على المستوى الكلامي أو الكتابي والتي تظهر في ضعف القدرة على الإصغاء أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو القدرة على القيام بالعمليات الحسابية. ويتضمن ذلك أوضاعاً كالتي تتمثل بوجود عجز في الإدراك الحسي وإصابات الدماغ ، وخلل القراءة ، واحتباس الكلام خلال النمو ، ويستثنى من هذا المجال الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم ترجع أساساً إلى إعاقات سمعية أو بصرية أو حركية أو تخلف عقلي أو اضطرابات انفعالية أو عوامل بيئية أو ثقافية أو اقتصادية أو طبيعية».

يتبين من هذا التعريف وجود ثلاثة عناصر أساسية في تحديد صعوبات التعلم هي:

١ ـ اضطراب كفاءة الفرد في معالجة المعلومات ناتجة عن صعوبات عصبية غير محددة.

٢ ـ اضطراب في قدرة الفرد على القيام بالمهمات الدراسية كالإنجاز الذي يكون دون المتوسط، والقدرات العقلية المتدنية.

٣ ـ لا يرجع سبب العجز إلى إعاقة حسية (سمعية أو بصرية) ولا إلى أي عامل جسمي أو اجتماعي أو انفعالي أو اقتصادي.

حدوث صعوبات التعلم وانتشارها:

إن عدد الطلاب الذين يشخصون على أنهم يعانون من صعوبات التعلم بأشكالها المختلفة يتزايد باستمرار مع زيادة الاهتمام ببرامج التربية الخاصة بهم أيضاً. ويقدر البعض أن نسبة انتشارها تبلغ ٨٪ من المجتمع الأصلي للأطفال. من جهة ثانية قدر بعض الاختصاصين أن مجالات التقصير الدراسي في العالم العربي تتوزع وفق النسب التالية:

ـ تقصير مرتبط بعوامل حرمان البيئة ٤٠٪

ـ تقصير مرتبط بالانفعالات واضطرابات الشخصية ١٠٪

ـ تقصير مرتبط بصعوبات التعلم ونسبته ٢٠٪

ـ تقصير مرتبط بالتخلف العقلي ١٢٪.

ـ تقصير مرتبط بإعاقات متنوعة ١٨٪.

وهكذا يتبين أن نسبة ٢٠٪ من حالات العجز عن التعلم وضعف التحصيل ناتجة عن عجز في التعلم بالمقارنة مع أشكال التقصير الأخرى الناتجة عن عوامل عديدة (عطية ١٩٨٥).

إن صعوبات التعلم أكثر انتشاراً بين الأطفال في سني ٦ ٢١ من العمر مقارنة بالأعمار الأخرى. كما أنه أكثر حدوثاً عند الذكور منه عند الإناث، وتتراوح

نسبة حدوثه عند الذكور بالنسبة للإناث بمقدار ١/٢ حتى ١/٦. أما فيما يتعلق بالذكاء، فقد تبين أن معدل ذكاء الأطفال المصابين بالعجز عن التعلم بأشكاله المختلفة، كان أدنى من ٩٠ (أي أدنى من المتوسط) ولا توجد دراسات توضح دور العوامل الاجتماعية والسلالية فيها، مع أن البعض قال بأن هذه الحالات أكثر انتشاراً بين السود من السكان في الولايات المتحدة الأمريكية (Norman and Zigmond 1989).

عوامل صعوبات التعلم وأسبابها:

إن الأطفال الذين عاشوا في بيئات وعائلات محرومة تربوياً وثقافياً خلال سنوات نموهم، يمكنهم أن يعانوا من أحد أشكال العجز عن التعلم أو جميعها ويحتاجون إلى برامج تربية خاصة. بالرغم من أن البعض لا يوافق على هذا الأجراء، فالتعريف الذي وضعته الرابطة الأمريكية لاتدخل صعوبات التعلم الناتجة عن عوامل ثقافية أو اقتصادية أو اجتماعية في فئة العجز عن التعلم. وبالرغم من تأكد العلماء أن مصدر العجز وسببه من داخل الفرد فإن تحسين الحالة يتم من خلال تحسين البيئة المناسبة وشروطها وغناها بالمثيرات المتنوعة. لقد أجريت دراسات كثيرة حول عوامل صعوبات التعلم، وتوصلوا إلى نتائج متنوعة ودقيقة، سنستعرض أهمها:

١ ـ **أذى أو خلل في الدماغ**: فقد بين البعض أن هناك أذى وخللاً في الدماغ يحدث قبل الولادة أو خلالها أو بعدها هو المسؤول عن صعوبات التعلم. فقد قرر كاليتي أن من ٩ حتى ١٢٪ من المواليد الأحياء الذين أظهروا نزيفاً قحفياً بالدماغ حين الولادة (أو بعدها، قد شاعت عندهم صعوبات التعلم، وأن ٢٠٪ منهم عانوا أذى خطيراً في الدماغ حين بلغوا سن السادسة (ومن العوامل التي سببت هذا الخلل، الحمى الشديدة، أمراض في مرحلة الرضاعة، ورم في المخ).

٢ ـ **الوراثة**: لقد بين هاليجرن منذ عام ١٩٥٠ أن صعوبات التعلم تنتشر بين أفراد نفس الأسر، وأن الأطفال الذين يعانون الوهم عجزاً عن التعلم أكثر تعرضاً لهذه الاضطرابات من غيرهم. إن أحد الآراء الشائعة هو أن صعوبات

التعلم تنتج بطئاً وتخلفاً في نمو المهارات الضرورية للنجاح المدرسي ، والأطفال الذين يواجهون بمهمات تعليمية ولم تنضج قدراتهم النمائية بعد (وخاصة نمو الإدراك واللغة) سيتعرضون للإحباط وسيتبعون أساليب تعلم غير مناسبة ، وأن أساس هذا التأخر في نمو القدرات هو أساس وراثي.

٣ ـ **ضروب عدم الانتظام والاضطراب البيوكيماوي:** فإذا حدث عدم توازن في النقل العصبي والمواد الكيماوية الخاصة بذلك ، فإن تدفق المعلومات إلى المخ ومنه ، ستتغير وبالتالي ستضعف القدرة على التعلم. إن أوضح الدلائل على العلاقة بين الاضطراب البيوكيماوي وصعوبات التعلم ، تأتي من الدراسات التي بحثت آثار الأدوية والعقاقير على الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه وفرط النشاط. فالأدوية المنبهة مثل الرتالين ، ينتج تحسناً في السلوك والتعلم بنسبة ٦٠ ـ ٩٠٪ عند هؤلاء الأطفال.

٤ ـ **عوامل أخرى:** هناك عدد من العوامل التي تتدخل مع العوامل السابقة لتحدث عجزاً عن التعلم منها: سوء التغذية والحرمان من المثيرات الحسية خلال مراحل النمو ، والتسمم بالمواد الكيماوية واستنشاق الغازات من البيئة مما يؤذي قدرة الفرد على التعلم ، ويتحدد أثر هذه العوامل حسب الزمن الذي تعرض فيه الفرد لمثل هذه المواد والعوامل ، وحسب مستوى نموه وعمره.

علاج صعوبات التعلم:

يمكننا أن نقسم تقنيات علاج صعوبات التعلم إلى الأساليب التالية:

التربية العلاجية:

إن تربية الأطفال الذين يعانون من عجز عن التعلم ، تماثل تربية الذين يعانون من اضطرابات النمو الأخرى كالتخلف العقلي والانغلاق على الذات والأناقة الحسية. ومن أهم طرق التربية العلاجية المتبعة: التعليم في البيئة غير المقيدة ، وتفريد التعليم ، والتأهيل المهني خاصة ، والقراءة العلاجية. إن أكثر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتم تعليمهم في صفوف خاصة

مع أطفال يعانون من نفس العجز. كما تتبع معهم طريقة تدريس واحدة ومواد تعليمية محددة وخاصة.

إن المختصين في هذا النوع من العجز والتربية الخاصة يختلفون حول الافتراضات النظرية التي يستندون إليها في عملهم. وهناك أربعة اتجاهات توجه عمله العلاجي هذا:

١ ـ الاتجاه المستند إلى نظرية معالجة المعلومات وتجهيزها. واستناداً إلى هذا الاتجاه فإن الشخص الذي يعاني عجزاً تعلمياً عنده نقص أو ضعف في قدرته على إدراك المثيرات وتفسيرها ومعالجتها بحيث إن مشكلته الرئيسية هي كيفية تجهيز هذه المعلومات بعد تلقيها. فالطفل الذي يعاني من عجز في القراءة مثلاً، يكون ذلك بسبب عدم قدرته على إدراك الكثيرات البصرية (الأحرف والكلمات) وتفسيرها (معالجتها عقلياً). ولذلك فالعلاج هنا، هو تدريب الطفل على إدراكه المثيرات البصرية ومعالجتها قبل أن يقوم بعملية القراءة نفسها. ويتم هذا عن طريق تدريب الطفل على الإدراك البصري والتعلم الحركي أو الاثنين معاً.

٢ ـ النموذج المعرفي. الذي يعتبر العجز عن التعلم عند الطفل المصاب، هو عدم قدرته على استعمال استراتيجيات وأساليب معرفية مناسبة وتطبيقها في حل المشكلات، فالعجز هنا هو ضعف في: الإصغاء، والاستيعاب، وضعف في التذكر، وفي أساليب التعلم الذاتي. فالعلاج إذاً يكون بتدريب الطفل على استعمال الطرق المعرفية الضرورية بما فيها مراقبة الذات والتعلم الذاتي الموجه.

٣ ـ النموذج السلوكي. ويركز على دور التعزيز المباشر للتقربات المتتالية الناجحة في أداء مهمة ما أو سلوك صحيح يقوم به الطفل المصاب. وهنا ندرب الطفل على المهارات الاجتماعية (النظر إلى الشخص حين التحدث معه، تكوين صداقات، التعبير عن المشاعر الحقيقية، الشعور بالسعادة حين تقديم المساعدة للغير، البدء بالنقاش والحديث مع الآخرين ..) عن طريق تحليلها إلى عناصر أو وحدات فرعية مع تعزيز كل وحدة حين ممارستها بصورة صحيحة.

٤ ـ التعليم والتوجيه المباشر. ويستند هذا الاتجاه إلى تحليل المفاهيم

المطلوب تعلمها أكثر من التركيز على قدرات الطفل نفسه. فحين يفشل الطفل في تعلم مفاهيم معينة يكون ذلك بسبب أن المعلم لم يقدم المواد التعليمية ضمن أجزاء متسلسلة تحسن وتعدل من تعلمه للمفاهيم الخاطئة وتتيح له تعلم الصحيحة. لقد دعمت العديد من البحوث هذا التنظيم المخطط والتعريف الدقيق للمفاهيم المراد تعلمها أكثر من الاهتمام بصفات الفرد وقدراته ، وأن هذا ما يجب التركيز عليه لتعليم هذه الفئة من الأطفال.

العلاج الطبي:

ويهتم هذا النوع من العلاج بتسهيل التعلم الأكاديمي ومعالجة مشكلات الطفل العاجز عن التعلم. ويتم التركيز على الأشكال السلوكية السائدة في الاضطراب وخاصة النشاط الزائد وضعف الانتباه ويتم تقديم أدوية لهذه الاضطرابات وخاصة الريتالين ، مما يزيد من قدرته الإدراكية وانتباهه وضبط انفعالاته.

العلاج النفسي:

لقد أجمع علماء النفس على المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعانيها الأطفال المصابين بالعجز عن التعلم ، وبالرغم من أن العجز ناتج عن أمراض نفسية قد تكون حادة ، فإن هذه الأمراض النفسية غالباً ما تكون نتيجة أو محصلة للعجز والفشل المرافق له. فالعلاج النفسي المعتمد ، هو العلاج السلوكي والمعرفي ، الذي يعتبر أن العجز هو مشكلة تعلم وتفكير ، وأن المشكلات النفسية المرتبطة به ، مثل: الانسحاب ، وتهديد الذات ، والانحراف ، والإدمان ، والغيرة والتخريب والخوف واضطرابات النوم والتغذية. جميعها يتم علاجها سلوكياً وباستخدام تقنية العلاج المعرفي أيضاً.
ومن أهم هذه التقنيات السلوكية المعتمدة: خفض الحساسية التدريجي ، والكف بالنقيض ، والتعلم الاجتماعي ، والتعزيز ، وتدريب المهارات الاجتماعية ، وإعادة البناء المعرفي.

البحوث الحالية حول صعوبات التعلم :

تركز الدراسات الحلية على عدد من المظاهر والموضوعات المتعلقة بالعجز عن التعلم ، وخاصة النواحي التالية :

١ ـ دراسة الاستراتيجيات المعرفية المتعلقة بالإنجاز الأكاديمي عند الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، والتركيز عليها من حيث البحث والعلاج .

٢ ـ دراسة المهارات الاجتماعية التي تساعد الطفل المصاب في تحسن تواصله الاجتماعي .

٣ ـ الأساس العصبي للعجز عن التعلم ، ويركز على هذا ميدان علم النفس العصبي Neuropsychology ، الذي يعقد عليه آمال كبيرة في التوصل إلى فهم أعمق لعلاقة هذه الاضطرابات الوظيفية في الدماغ .

* * *

الفصل التاسع
تقنيات العلاج النفسي للأطفال
«المقاربات النفسية في علاج الأطفال»

يبحث هذا الفصل في عدد من تقنيات العلاج النفسي للأطفال ، وقد تبين معنا أن بعض الطرق العلاجية تناسب اضطراباً معيناً. وسوف ننظر هنا إلى أكثر الطرق والتقنيات استخداماً مستعرضين البحوث والنظريات التي استندت إليها وبينت نتائجها. أما عن فعالية هذه التقنيات العلاجية فسنخصصها في فقرة مستقلة.

اتجاهات علم النفس المرضي وطرق معالجة الأطفال:

هناك عدداً من النماذج والنظريات المتنوعة في علم النفس المرضي وفي تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها. وكما تبين لنا في الفصل الأول ، أن هناك تقنيات وطرق متنوعة في علاج الأمراض النفسية ، يستند إلى تلك النظريات في علم النفس. لم يعد الاعتماد على الاتجاه الطبي في معالجة الأطفال ، كما كان الأمر في السبق. وعلى الرغم من أن هذا الاتجاه في تفسير السلوك الشاذ والاضطراب النفسي يعتمد على فرضية كون هذا السلوك ، ينتج عن خلل عضوي ، فإن هناك أمثلة عديدة لأشكال واتجاهات تعتمد أيضاً الاتجاه الطبي. وأوضح مثال على ذلك: الاتجاه النفسي الديناميكي Psychodynamic.

لقد تطورت طرق المعالجة النفسية ومقرباتها خلال السنوات الأخيرة ، ومعظم هذه التقنيات أو الطرق تستند إلى أسس نظرية متنوعة. إن الاختلافات في نماذج المعالجة الطبية تعود إلى الاتجاهات النظرية التي بحثت الاضطرابات النفسية. والافتراض النظري الأولي للسلوك الشاذ أو الاضطراب النفسي ، كان يعتبره اضطراباً جسمياً وأن علاج المرض النفسي يشبه علاج المرض الجسمي ، وأنه يجب اتباع الطرق الطبية في معالجته. إن الاتجاه السيكودينامي قد نظر إلى السلوك الشاذ على أنه يشبه أعراض المرض العضوي ، وكما أن الأعراض الجسمية ناتجة عن خلل جسمي وعضوي ، فإن السلوك الشاذ ينظر إليه على أنه عرض لخلل أساسي مرضي يقف خلفه ، وهذا الخلل في الحقيقة : نفسي في طبيعته وناتج عن صراعات وعقد نفسية وعمليات كبت وتثبيت. وقد كان لهذا الاتجاه أثره الكبير في علم النفس العلاجي والمرضي وفي الطب النفسي ولعب دوراً هاماً في فهم السلوك المنحرف والاضطراب النفسي. من جهة أخرى فإن جميع طرق المعالجة التحليلية النفسية التي تتبع في علاج الأطفال والراشدين ، إنما نتجت عن هذا الاتجاه والتفسير في تشخيص الاضطرابات النفسية وفي فهمها ، وذلك من خلال التركيز على الأسباب الأساسية والعميقة التي تقف خلف السلوك المرضي سواء كانت عن طريق التفكير والكلام أي التواصل اللفظي بالنسبة للراشدين أو عن طريق اللعب والعمل بالنسبة للأطفال.

أما الاتجاه الثاني الذي ساد في منتصف هذا القرن ، وهو الاتجاه المتمركز حول العميل أو المريض .هذا الاتجاه الذي يعكس الدور الإيجابي للفرد ودافعيته نحو النمو ، وقدرته على أن يتصرف بطريقة يرفع فيها من قيمة ذاته. إن السلوك الشاذ أو الأعراض النفسية ، هي نتيجة للخبرة التي مر بها الشخص خلال تفاعله مع بيئته .ويفسر الاضطراب والسلوك المرضي على أنه نتيجة لخبرة مر بها الفرد في حياته ولم تنسجم مع منظومة خبراته السابقة التي توافق نموه الذاتي الطبيعي ، فيحدث السلوك الشاذ. إن العلاج وفقاً لهذا الاتجاه هو في تقديم توجيه ودعم وتسهيل للمريض من أجل أن يطور ذاته وأن يحققها ،

وأن ينمي قدراته على التكيف. ومن أبرز ممثلي هذا الاتجاه ومؤسسيه كارل روجرز.

الاتجاه الثالث، وهو السلوكي، الذي ينظر للسلوك الشاذ والأعراض المرضية على أنها ناتجة عن التعلم وعوامل بيئية. إن التركيز على العوامل البيئية (الخارجية) بدلاً من العوامل الداخلية، تنظر إلى المتغيرات البيئية على أنها سبب الاضطراب والسلوك المنحرف وهي التي تحافظ عليه وتجعله مزمناً. ووفقاً لهذا التفسير فإن العلاج يجب أن يتركز أساساً على السلوك الشاذ وغير التكيفي وتعديله (أي التركيز على الأعراض) بدلاً من التركيز على الطبيعة الداخلية. ولذلك تطبق تقنيات العلاج السلوكي التي تعتمد مبادى التعلم (المثبتة تجريبياً) وذلك لمعالجة أشكال السلوك المنحرف. وقد اعتمد عدد كبير من المعالجين النفسيين هذا الاتجاه وتقنياته العلاجية في معالجة اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم النفسية.

أما الاتجاه الآخر الذي نذكره، فهو النموذج أو الاتجاه الأسري، الذي يفسر السلوك المرضي استناداً إلى الأسباب الأسرية أو العائلية بدلاً من الفرد ذاته. والعلاج استناداً لهذا الاتجاه هو في التركيز على العائلة وظروفها أكثر منه على العوامل الدينامية والداخلية.

في الواقع لكل معالج نفسي نموذجه واتجاهه النظري الذي يعتمده في تفسير الاضطراب وفي علاجه. وهذه النماذج جميعها متشابهة مع تلك التي سنشرحها الآن. والمهم هو أنها ذات تأثير كبير في فهم السلوك المرضي وعلاجه عند الأطفال.

طرق أو تقنيات علاج الطفل (نظرة عامة):

إن أكثر تقنيات وطرائق العلاج النفسي المستعملة مع الأطفال، هي العلاج باللعب Play Therapy (والعلاج النفسي الفردي مع الأطفال الأكبر سناً)، والعلاج الأسري أو علاج العائلة Family Therapy، وتعديل السلوك Behavior Modification. وكما هو الحال في الاتجاهات والنماذج التي تستند إليها، فإن هذه الطرق تظهر اختلافاً فيما بينها. مثلاً هناك عدداً من طرق

العلاج باللعب ، أكثرها استعمالاً طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العمل أو الطفل ، واللعب ذو الاتجاه التحليلي لنفسي والتي تستخدم مع طفل أو مع مجموعات من الأطفال. وكذلك الأمر بالنسبة لتقنية العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، فهي أيضاً تضم عدداً من الطرق مثل الأشراط الإجرائي ، والتعلم بالقدوة أو بملاحظة النموذج ، وطريقة خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، والعلاج السلوكي المعرفي. وهناك عدة طرق تدخل أيضاً في تقنية علاج العائلة تعكس الدور الذي تلعبه الأسرة في نشوء الاضطراب النفسي عند الطفل وكيفية تعامله مع مشكلاته.

إن العديد من طرق العلاج النفسي المستعملة في معالجة الراشدين قد تم تطبيقها في معالجة الأطفال والمراهقين ، وما تزال هناك طرق تستند إلى أسس نظرية مختلفة وتطبق على الأطفال والراشدين أيضاً. ويجب أن يتضح لنا أن العلاج النفسي للطفل غالباً ما يتضمن تطبيق سلسلة أو مجموعة من التقنيات العلاجية ، التي سنشرحها في هذا الفصل.

فعالية العلاج النفسي:

لقد اتجه عدد كبير من علماء النفس والمعالجين النفسيين إلى الاعتقاد بفعالية العلاج النفسي ، في حين تساءل بعضهم الآخر عن مدى فعالية الطرق النفسية في المعالجة ، وإذا كانت هذه الطرق فعالة فعلاً ، فلماذا هي كذلك ؟!

إن المحاولات الأولى للإجابة عن هذه التساؤلات ، قد بحثت على الراشدين ، وسنستعرض الآن أهم هذه النتائج والبحوث.

بعض المتطلبات الدنيا للعلاج النفسي ، نتائج بحوث:

إن أبسط تصميم يقدم لنا أحكاماً ونتائج عن فعالية العلاج ، هو تصميم جماعة الضبط العلاجي ، حيث تتلقى مجموعة واحدة من الأفراد المرضى بعض أشكال العلاج النفسي ، في حين لا تتلقى أفراد المجموعة الثانية من المرضى أي علاج. وعادة يتم تقويم كلا المجموعتين وفقاً لمتغيرات عديدة على أساس التغيير الذي حصل في السلوك باعتباره دالاً على العلاج ، وذلك

قبل وبعد تحديد ما إذا كانت المجموعة العلاجية قد أظهرت تغيراً وتحسناً بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. إن المجموعة الضابطة في هذا التصميم وضعت من أجل معرفة ما إذا كان بالإمكان أن تتغير أو تتحسن بدون تلقي علاج، أو يكون تغيرها وتحسنها ناتجاً عن النضج والتعلم والبيئة أو أي عامل آخر. فالمجموعة الضابطة بدقة يجب أن تكون قابلة للمقارنة مع المجموعة التي تتلقى العـلاج، كما أن أفرادها يجب أن يكونوا كأفراد المجموعة التجريبية من حيث إنهم يعانون من نفس المشكلات والاضطرابات السلوكية تماماً وباستخدام نفس طرق التشخيص والقياس، وأن يتماثلا من حيث دافعيتهـم ورغبتهم في العـلاج. قد يكون من الصعب خلال الممارسة العلاجية أن نجد مجموعتين تجريبية وضابطة، متماثلتين من حيث جميع هذه المتغيرات، وذلك بسبب عوامل سلالية أو ثقافية اجتماعية أو لأسباب عملية. ولكن التشابه ضروري إذا أردنا الوصول إلى أحكام ونتائج ذات مغزى. فإذا كانت المجموعتان قابلتين للمقارنة في كل المظاهر، وتم تقييمها قبل العلاج وبعده في المتغيرات السلوكية المناسبة، وإذا لوحظ أن أفراد المجموعة التي تلقت العلاج قد تغيرت بدرجة ذات مغزى ودلالة إحصائية، أكبر من أفراد المجموعة الضابطة، نتوصل عندها إلى نتيجة حول فعالية العلاج النفسي المتبع.

إن مثل هذا التصميم التجريبي يتيح لنا مقارنة أكثر من طريقة علاجية واحدة، كما يتيح لنا الانتباه إلى عوامل عديدة ومتغيرات متنوعة قد تلعب دوراً في العلاج. ولكن يجب الانتباه إلى أنه، على الرغم من أن تصميم المجموعة التجريبية والضابطة يمثل المتطلبات الدنيا اللازمة لدراسة فعالية العلاج النفسي، فإنه ما يزال أدنى من النموذج المثالي المأمول في الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بفعالية العلاج النفسي. إن هذه الحدود والنواقص سنبحثها في فقرة لاحقة.

فعالية العلاج النفسي للراشدين:

في بحث كلاسيكي حاول أيزنك عام ١٩٥٩، أن يحدد ما إذا كانت النسبة

المئوية المئوية من المرضى الذين تحسنوا بالعلاج ، أعلى من النسبة المئوية للذين تحسنوا بشكل تلقائي (حيث تختفي الأعراض بدون تلقي علاج). واستناداً إلى نتائج دراستين ، قدر النسبة المئوية للتحسن الموجود عند المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً نفسياً نظامياً ، فتوصل إلى أنه من الممكن أن يحدث التحسن تلقائياً بنسبة ٢/٣ من المرضى العصابيين بدون أي شكل من أشكال العلاج. وقد بين صعوبة استخدام مجموعات ضابطة ، وأنه لم يكن متاحاً استخدام مجموعات ضابطة أفضل. واستناداً إلى التحسن التلقائي الذي ظهر في دراسته ، توصل إلى أنه ، من أجل أن يكون العلاج النفسي فعالاً ، من الضروري أن نجد نسبة أكبر من ٢/٣ من المرضى العصابيين قد تحسنوا بعد تلقيهم العلاج. أي يجب أن تفوق النسبة ٢ من كل ٣ أشخاص تلقوا العلاج حتى نؤكد على فعاليته. فالغير الذي يعزى إلى المعالجة، يجب أن يحدث بدرجة أكبر من التحسن أو التغير الذي حصل بشكل تلقائي دون علاج. ومن خلال تقويم نتائج ١٩ دراسة في الآداب النفسية ، وجد أن ٦٤٪ حتى ٦٦٪ من المرضى الذين تلقوا العلاج قد تحسنوا. وقد انتهى أيزنك للقول أن نتائج هذه الدراسات تقدم دليلاً بسيطاً وغير كاف على فعالية العلاج النفسي للراشدين.

بالرغم من ذلك فقد تعرضت دراسة أيزنك للعديد من الانتقادات التي ركزت على فشل إظهار أن المرضى في المجموعات الضابطة قابلين للمقارنة ، فمرضى المجموعة الضابطة ربما يكونوا قد تلقوا نوعاً من أنواع العلاج حتى لو كان علاجاً غير نظامي كما هو الحال في التجريبية. والنقد الآخر لذي تعرض له ، هو أن المعيار الذي اعتمده في قياس التحسن وتقديره في المجموعتين الضابطة والتجريبية لم يكن هو نفسه ، ولم يكن متشابهاً. وكما أن دراسات أخرى قد فشلت في إظهار كون التحسن التلقائي يصل إلى هذه الدرجة المرتفعة ٢/٣ كما توصل إليها أيزنك (Bergen 1978).

لقد بين لامبرت من خلال فحصه معطيات البحوث المتعلقة بالتحسن التلقائي ، أن أفضل تقدير لمعدل الشفاء التلقائي هو ٤٣٪ تقريباً بالنسبة للأفراد الذين لم يعالجوا untreated ، وحوالي ٥٣٪ للذين تلقوا حداً أدنى من

العلاج receiving minimal . وبالرغم من أن أيزنك لم يثبت فعالية العلاج النفسي ، فإن عدم دقة منهجه وطريقته في البحث ، تجعل من الصعب تفسير نتائجه. من هنا إذا أردنا دراسة فعالية العلاج النفسي ، علينا أن نضع أسئلتنا بدقة وبوضوح معتمدين منهج بحث وطريقة دقيقة للإجابة عن أسئلتنا.

فعالية العلاج النفسي للأطفال:

في دراسة تشبه دراسة أيزنك قام العالم ليفت Livett في دراسة مبكرة (١٩٥٩) بتقدير فعالية العلاج النفسي المطبق على الأطفال عن طريق فحص عدة دراسات قدمت معلومات ونتائج عن المعالجة النفسية. وقد غطت هذه الدراسات أطفالاً تتراوح أعمارهم بين مرحلة ما قبل المدرسة حتى الثانية عشرة من العمر ، وعدد قليل من أفراد الثامنة عشرة (متوسط العمر ١٠ سنوات) وأكثر الأطفال الذين تلقوا العلاج في هذه الدراسات كانوا يعانون من اضطرابات عصابية. وقد بين ليفت أن ٦٧٪ منهم قد تحسنوا بعد العلاج ، ومع أن النسبة العليا قد تحسنت بعد المتابعة ، فقد افترض ليفت أنه قد يتطلب الأمر وقتاً حتى بعد نهاية العلاج لكي تظهر آثاره وفعاليته. وسيلاحظ أن هذا الشكل من التحسن يشبه تماماً شكل ومستوى التحسن الذي وجده أيزنك في دراسته على الراشدين. وقد لاحظ ليفت أيا أن هناك عدة متغيرات من دراسة إلى أخرى يجب الانتباه إليها. مثلاً في الدراسة التي أظهرت تحسناً ضعيفاً جداً ، كان هناك ٤٣٪ قد أظهروا تحسناً، وفي أفضل النتائج كانت النسبة ٨٥٪ قد أظهروا تحسناً جيداً ، ويعني هذا أن هناك درجة هامة من التغير والمتغيرات في فعالية العلاج النفسي للطفل. إن المعدل الوسطي للتحسن بعد العلاج كان ٦٧٪ من الأطفال.

لقد حاول ليفيت ، كما فعل أيزنك أن يحصل على مجموعة ضابطة بهدف تقويم وقياس التحسن الحاصل بدون علاج. ومن أجل المقارنة فقد اختار أن يعتمد على معطيات مستمدة من العيادات النفسية حول أطفال قدموا للعيادة طالبين المساعدة ولكنهم لم يخضعوا للعلاج ، وقد اعتبرهم مجموعة ضابطة ، كما اعتمد على دراستين قدمتا معطيات عن المتابعة ، أظهر فيه

الأطفال تحسناً. لقد كان معدل التحسن ٧٢٪ وتستعمل هذه النسبة كحد أدنى قاعدي لفعالية العلاج النفسي للطفل. واستناداً إلى التحسن الذي بلغت نسبته ٧٦٪ من الأطفال الذين عولجوا، و٧٢٪ الذين لم يتم علاجهم، يبدو أن الأطفال الذين خضعوا للعلاج بشكل دقيق ومنظم ليسوا أفضل من الذين لم يتلقوا علاجاً من أي نوع. واستناداً إلى هذه المقارنة قال ليفيت: يبدو الآن أن ما توصل إليه أيزنك حول فعالية العلاج النفسي على الراشدين ينطبق على الأطفال أيضاً، فالنتائج لم تدعم الفرضية القائلة بأن الأطفال العصابيين قد تحسنوا بعد العلاج النفسي. وقد نشر ليفيت نتائج بحوثه هذه، والجدول التالي يمثل نتائج المعطيات التي توصل إليها:

المجموعة الإكلينيكية المشخصة "الاضطراب"	العينة	التحسن
١ ـ العصاب	٣٥٣٩	٦٧٪
٢ ـ الذهان	٢٥٢	٦٥٪
٣ ـ مجموعات عامة أخرى	٥١٤٠	٦٦٪
٤ ـ عصابيين مع متابعة	٤٢١٩	٧٨٪

لقد قدم (ليفيت) في بحثه بعض المعلومات عن نوعية العلاج النفسي الذي تلقاه الأطفال، وذلك حين تفسيره لنتائجه، وذكر أن المتخصصين الذين يقدمون المعالجة هم أطباء نفسيون وعلماء نفس إكلينيكيين، وأخصائيون في الخدمة الاجتماعية، وفريق كامل. وقد استخدم هؤلاء تقنيات وطرق علاجية متنوعة مثل: الإرشاد، التوجيه، التوصيات والنصح للمدارس والأهل، وفي

بعض الحالات يتم التركيز على الطفل في العلاج ، وقد يتم التركيز على الأب والأم أو بيئة الطفل في حالات أخرى.

يجب الانتباه إلى أن التوصل إلى نتائج عن فعالية العلاج النفسي ، يرتبط بمتغيرات وخصائص عديدة يجب أخذها بعين الاعتبار مثل خصائص المعالج النفسي واتجاهه النظري ، وطبيعة المداخلة العلاجية أو طريقة العلاج ، وكذلك منهج الدراسة أو طريقة البحث.

هناك دراسات أخرى عديدة استخدمت مجموعات ضابطة وتجريبية على الأطفال الذين يعانون اضطرابات نفسية متنوعة ، بينت تحسن هؤلاء بعد العلاج باستخدام تقنيات علاجية متنوعة ، ولكن هذه النسبة من الأطفال الذين تحسنوا قد لا تكون عالية (Shepherd 1971). إن الكثير من هذه الدراسات لم تأخذ بالاعتبار طريقة العلاج المتبعة ، أو طبيعة المريض والمعالج. من هنا نعود الآن للتصريح ثانية وبشكل أكثر دقة حول فعالية العلاج النفسي ، بعد أن استعرضنا نتائج الدراسات حول هذا التساؤل.

إعادة التصريح عن سؤالنا حول فعالية العلاج النفسي:

لقد حاول عدد من الباحثين فحص التساؤل العام عن فعالية العلاج النفسي ، بالرغم من قيمته المحدودة ، وذلك لأن مصطلح العلاج النفسي يعزى إلى طرائق وتقنيات متنوعة ، ولأن هناك عدداً من العوامل والمتغيرات المؤثرة سواء من المعالِج أو المعالَج أو الموقف العلاجي. وقد بين كيسلر أن هناك عدة أساطير في آداب علم النفس والعلاج النفسي حول فعالية المعالجة النفسية للأطفال والراشدين ، هذه بعضها:

١ ـ أسطورة اتساق المريض Patient uniformily myth ويعني هذا أن المرضى في بداية المعالجة أكثر تشابهاً فيما بينهم ، أي يكونوا متجانسين أكثر منهم مختلفين. ويبدو هذا من خلال جمع المرضى مع بعضهم لهدف البحث بغض النظر عن طبيعة مشكلاتهم، وبالتالي فالطريقة ستؤدي إلى نتائج بحث غير ذات مغزى. وقد لاحظ كيسلر أنه حتى لو تشابه المرضى حين إدخالهم المعالجة، إلا أنهم يختلفون كثيراً ، وأكثر مما يتشابهون. فجمع مثل هؤلاء الأفراد معاً

وعدم أخذ الفروق الفردية بعين الاعتبار يضع الباحث في موقف ضعيف حين التساؤل عن فعالية العلاج بالنسبة لأي منهم. إن تقنية علاجية ما قد تكون فعالة لمريض ما ولكنها ليست كذلك بالنسبة للآخر من نفس المجموعة.

١ ـ أسطورة اتساق المعالج Therapist uniformity myth يعني أن المعالجين النفسيين الذين يعالجون هؤلاء المرضى أو يجرون بحوثهم عليهم، ينظر إليهم على أنهم متشابهون أكثر منهم مختلفون. وهكذا نركز على التشابه بين المعالجين ونهمل الاختلاف. ويفترض كيسلر أن هناك فروقاً فردية هامة بين المعالجين والباحثين مما يؤثر في فعالية العلاج ونمطه؛ لأننا نهمل الفروق الفردية بينهم وهذا متغير هام جداً في إبراز فعالية المعالجة. وقد توصل بيرجن Bergin بعد دراسة مطولة إلى النتيجة التالية: إن العلاج النفسي قد يجعل الناس أحسن تكيفاً أو أسوأ تكيفاً بدلاً من المقارنة مع أناس لم يتلقوا علاجاً نفسياً. وقد لاحظ بيرجن أنه على الرغم من عدم وجود فروق بين المجموعات التي عولجت والتي لم تعالج، فإن هناك فروقاً ذات مغزى بين متغير المجموعة.

إن اكتشاف كون العلاج قد يجعل بعض المرضى أسوأ تكيفاً، إنما يعزى إلى التدهور التدريجي المتعارض مع النظرة التقليدية بأن العلاج يمكنه المساعدة فقط وتحسن الحالة. إن البحوث الحديثة تستمر محاولة التأكد من ظاهرة أثر التدهور التدريجي هذه. وقد بينت بعض الدراسات أن التحسن أو التدهور في العلاج قد يرتبط بعدد من المتغيرات والعوامل، مثلاً، المرضى الذين ينظرون إلى معالجيهم على أنهم على مستوى عال من العبقرية وأنهم متعاطفون، يميلون إلى التحسن، في حين أن الذين ينظرون إلى معالجيهم على أنهم من مستوى منخفض وغير متعاطفين معهم، يميلون إلى التدهور وعدم التحسن. وهناك دراسات أخرى افترضت وجود علاقة بين صفات المرضى وخصائصهم وبين التحسن أو عدمه أو التأخر. ولمثل هذه الدراسات أهمية تطبيقية عالية وخاصة في فهم نتائج الدراسات التي تجرى حول فعالية العلاج النفسي كدراسة أيزنك وليفيت السابق ذكرهما. والتي تجد فروقاً بين

المرضى الذين عولجوا والذين لم يعالجوا. فإذا كان صحيحاً أن بعض المرضى تحسنوا ، وأن بعضهم ساءت حالته ، عندها قد نتوقع أن نجد فروقاً قليلة بين المفحوصين الذين عولجوا (المجموعة التجريبية) والذين لم يعالجوا (المجموعة الضابطة). ويصبح السؤال من الذي تحسن وتمت مساعدته ، ومن الذي ساءت حالته ، ثم ما هي المتغيرات والعوامل الخاصة بصفات المعالج وتقنيات العلاج المرتبطة بالتغير الحاصل (سواء كان نحو الأفضل أم نحو الأسوأ) لذلك من المناسب أن يكون تساؤلنا على الشكل التالي: ما هو نوع العلاج الفعال مع نوع معين من المرضى ، وأي نوع من المعالجين وتحت أي ظروف وشروط ؟ إن مثل هذا التساؤل يفيدنا عملياً ، بدلاً من السؤال التقليدي عن فعالية العلاج النفسي من هنا يكون تساؤلنا الجيد آخذاً بالاعتبار نوع المعالِجين ، ونوع المعالَجين ، وشرط المعالجة وطريقة العلاج. إن الإجابة عن مثل هذا التساؤل تتضمن استعمال تعميمات تجريبية متنوعة ذات طبيعة عاملية بدلاً من المقارنة مع مجموعة ضابطة.

لسوء الحظ فإن الدراسات التجريبية وفقاً للتساؤل الجديد ، قد أجريت على الراشدين من المضطربين ، وتوصلت إلى نتائج هامة ، إلا أنها لم تجرَ على المضطربين من الأطفال ، لأن مجال علم نفس الطفل المرضي ، يتقدم بخطى بطيئة منذ عام ١٩٦٠ بالمقارنة مع علم نفس الراشدين المرضي والعلاجي.

التقنيات والطرق التقليدية في العلاج النفسي للأطفال:

سنبحث بشيء من التفصيل طبيعة تقنيات العلاج النفسي للأطفال وفعاليتها.

طبيعة العلاج النفسي للأطفال:

بالرغم من أن الراشدين أكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم ومشاعرهم وصراعاتهم عن طريق اللغة ، فإن الطفل أكثر تعبيراً عن نفسه من خلال اللعب. ولهذا السبب توجد عدة طرق للعلاج باللعب عند الأطفال مصممة للصغار الذين لا يمكنهم الإفادة من الطرق التي تعتمد على اللغة والتواصل اللفظي كما

هو الحال مع الكبار. وقد وضح توما Tuma (١٩٨٢) أن العلاج باللعب هو النموذج السائد والمستعمل مع أطفال عموماً الذين لم يبلغوا المراهقة ، وأن ٥٥٠ من المعالجين النفسيين يستعملونها مع الأطفال.

يتطلب العلاج باللعب أساساً تفاعلاً بين الطفل والمعالج في غرفة اللعب مع مواد وألعاب مختلفة. إن مواد وأنواع اللعب النوعية تختلف وفقاً للاتجاه النظري للمعالج ، ولكنها غالباً ما تضم دمى متحركة مختلفة الألوان والأحجام والأشكال والجنس ، إضافة إلى الطابات ومواد الرسم. أما الألعاب مثل الشطرنج والدومينو (أقنعة التنكر) فتستعمل مع الأطفال الأكبر سناً والذين لا تناسبهم الألعاب المخصصة للصغار. ويختلف المعالجون النفسيون في اتجاهاتهم النظرية وفي الطرق التي يستعملونها ، ولكنهم يتفقون في أنهم يستندون إلى افتراض أساسي مفاده أن الطفل يظهر الكثير من مظاهر الشخصية وسماتها خلال اللعب (كما هو الحال عن طريق اللغة) مما يوضح طبيعة مشكلات الطفل التي تبدو أثناء نشاطه.

ومع ذلك هناك عدد من علماء النفس والمعالجين النفسيين للأطفال ، يعارضون استخدام هذه التقنية أو الطريقة العلاجية ، ولهم في ذلك آراء مختلفة حول الدور الذي يلعبه العلاج باللعب. فالبعض يقول: إن الآثار والنتائج العلاجية للعب ثانوية ومحدودة بالنسبة للقيمة العلاجية بين الطفل والمعالج ، في حين أن بعضهم الآخر يشدد على أن له قيمة تنفيسية أو تفريغية Cathartic بالنسبة للطفل.

مع أن هناك أشكالاً عديدة لعلاج الأطفال ، فإن أكثر طرق العلاج باللعب شيوعاً هي تلك المستمدة من التحليل النفسي ، ومن العلاج المتمركز حول العميل أو الطفل. وهناك طرق مشابهة تستعمل مع المراهقين الذين لا يناسبهم العلاج باللعب كما هو الحال مع الأطفال الصغار. ومع أن المبادىء الأساسية للعلاج التحليلي والمتمركز حول العميل متشابهة سواء كان المعالج يتعامل مع أطفال أم مع مراهقين ، فإن الطريقة المستعملة مع المراهقين تشبه تلك المستعملة مع الراشدين ، ويتم التركيز على التفاعل اللفظي بين المراهق

والمعالج ، وليس على السلوك والنشاط الذي يقوم به. وسواء كان التعامل مع الأطفال باتباع العلاج باللعب ، ومع المراهقين باتباع العلاج المستند إلى التواصل اللفظي ، فإن هدف العلاج في كل الحالات ، هو نفسه ، أي حل المشكلات التي يعانيها العميل المتعالج وإجراء تعديل بنائي في شخصيته ، ودعم قدرته على مواجهتها في المستقبل. سننظر الآن في طرقتين من طرق العلاج باللعب هما: العلاج باللعب المستند إلى التحليل النفسي ، والمتمركز حول العميل أو غير الموجه.

العلاج التحليلي باللعب:

يمثل الاتجاه التحليلي النفسي في العلاج باللعب ، عمل كلاين Klein (١٩٣٧) وكذلك أنا فرويد Anna Freud (١٩٤٤). فمن منظور كلاين ، تكون الأهمية الأساسية في المعنى الرمزي للعب الطفل ، هذا اللعب الذي يعكس صراعات الطفل اللاشعورية وتخيلاته وأحلامه. كما أن اللعب الحر free play يشبه تماماً التداعي الحر free assocition الذي يستعمل مع الراشدين. من جهة أخرى ، فإن طبيعة الصراعات اللاشعورية التي تظهر خلال لعب الطفل يمكن تفسيرها مباشرة للطفل ، وقد كتبت كلاين تقول: إن الشرط الأولي للعلاج التحليلي النفسي للطفل هو في فهم وتفسير تخيلاته وأحلامه ومشاعره وقلقه وخبراته التي ظهرت أثناء اللعب ، وفي حال كف اللعب والامتناع عنه ، يجب تفسير سبب هذا الكف والامتناع أيضاً . إن الافتراض الأساسي الذي يقف خلف هذه التقنية العلاجية هو تنمية تبصر الطفل بذاته وإعادة خبراته الانفعالية السابقة والتخيلات والصراعات مما يكون ضرورياً جداً في إحداث تغيير في شخصية الطفل. والمثال التالي المستمد من كلاين (١٩٥٥) يوضح ذلك:

تصف كلاين في هذه الحالة علاقتها الأولى بفتى اسمه بيتر الذي يعاني اضطراباً عصابياً. إن طبيعة المشكلات والصعوبات التي يعانيها هي: غير قادر على اللعب ، ولا يمكنه تحمل الإحباط ، جبان وكئيب ، وأحياناً مستبد ، وعنده مشاعر متناقضة تجاه عائلته، وعنده تثبيت قوي نحو والده. وقد ذكر أن

بيتر قد تغير نحو الأسوأ بعد عطلة الصيف. وحين كان عمره سنة ونصف كان يشارك والديه غرفة النوم وقد لاحظ بالمصادفة علاقة جنسية بين والديه، وصعب عليه حينها أن يواجه الأمر، ونام بصعوبة، حيث نكص regreess (ارتد) بعدها وأخذ يلوث فراشه ويبلله بالرغم من أنه قد توقف عن هذا منذ مدة، وقد كان يلعب بحرية قبل ذلك، ومنذ ذلك الصيف توقف عن اللعب وأصبح أكثر تخريباً لألعابه، ولا يعمل بها شيئاً سوى كسرها وتخريبها. وعندما ولد له أخ زادت الصعوبات تعقيداً.

في جلسة العلاج الأولى بدأ بيتر باللعب، وقد شكل حصانين من اللعب ثم أشار إلى أن عنده أخ صغير. وقد فسر ذلك بأن الأحصنة والأشياء الأخرى تمثل الأشخاص الذين يبدو أنه رفضهم أولاً ثم قبلهم، ثم أشار إلى الأحصنة وإلى أنها ستنام وقام بتغطيتها وقال إنها تنام الآن بهدوء. وفي الجلسة الثانية كرر بعضاً مما قام به في الجلسة السابقة، وخاصة الأحصنة وحديثه عن أخيه الصغير، حيث أبدى حينها مشاعر متناقضة نحوه ونحو والده، ثم أجلس اللعبة على الأريكة وقال إنها سرير، ثم رماها جانباً. وقد اختار بعض اللعب التي رماها وخربها. وهذا يفسر، أن اللعبة الأولى تمثل والده الذي أراد له أن يبعده عن والدته وأن يقتله، واللعبة الثانية تمثل والدته. وقد اختار اللعبتين المحطمتين (ذوات الوجه المحطم) حيث يشعر أنه سيتحطم هو نفسه ووالده إن هو هاجم والده وأذاه.

إن هذه المواد أو المعطيات، تمثل عدة نقاط. فبسبب أن الطفل بيتر قد شاهد جماعاً جنسياً بين والديه، أثر ذلك في ذهنه، وشكل انفعالات شديدة مثل الغيرة والعدوانية والتخريب، والقلق، وهذه هي أولى الأمور التي ظهرت في لعبه. لا يوجد شك بأنه لا يملك أية معرفة واعية بخبرته وتجربته التي كبتها، فهي مجرد رمز أو تعبير رمزي لتلك الخبرة. ويتطلب العلاج التحليلي هنا جمع المواد الأولية اللازمة للتفسير، منها اللعب باستعمال الورق، أو تمزيقها، أو أي سلوك مثل تغيير الوضعية وتعبيرات الوجه، التي تقدم إشارات هامة لما يدور في ذهن الطفل.

بغض النظر عن طريقة كلاين الكلاسيكية في التحليل النفسي سواء في أمريكا أم إنكلترا، هناك طرق أخرى للعلاج التحليلي باللعب ، منها اتجاه آدلر الذي يركز على دور العلاج باللعب وفائدته في معالجة الأطفال. وكما وضعت أنا فرويد طريقتها التي تختلف عن طريقة كلاين في عدة نقاط ، فإن طريقتها تركز على الحاضر أكثر من الماضي ، وعلى المواد الشعورية واللاشعورية معاً وبنفس الدرجة. وكما أن اللعب يعكس الصراعات النفسية الداخلية للطفل، فإن أنا فرويد تركز على أنشطة اللعب باعتبارها مرتبطة بالمؤثرات البيئية التي تؤثر في الطفل.

العلاج باللعب غير الموجه:

لقد طور العالم النفسي أكسلين Axline عام ١٩٤٧ طريقة من طرق العلاج باللعب غير الموجه nondirective play therapy تسمى طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العميل Client - Centered play Theraop استناداً إلى الفكرة القائلة إن أصل تغير الشخصية إنما يكمن في الفرد نفسه وليس في المعالج. وقد افترض أن الطفل يتجه نحو تحقيق ذاته ويصبح سلوكه تكيفياً وتتعدل شخصيته جيداً بحيث يصبح قادراً على مواجهة مشكلاته بفعالية. وقد وضع (أكسلين) خطوطاً عريضة تعتبر بمثابة موجهات رئيسية لطريقته العلاجية:

١ ـ على المعالج أن يكون علاقة تعاطف مع الطفل.

٢ ـ على المعالج أن يتقبل الطفل كما هو تماماً.

٣ ـ على المعالج أن يبني مشاعر التساهل وترك الحرية للطفل بحيث يتيح له أن يعبر عن ذاته بتلقائية.

٤ ـ على المعالج أن يتعرف على مشاعر الطفل وأن يعكسها له ثانية حتى تصبح واضحة له ومتبصراً بها.

٥ ـ على المعالج أن يظهر تقديره للطفل وبأنه قادر على مواجهة مشكلاته وحلها حين تتاح له فرصة لذلك.

٦ ـ لا يجوز للمعالج أن يوجه أفعال الطفل وأحاديثه بأي طريقة. فالطفل يتبع طرقاً معينة وعلى المعالج أن يتبعه فيها.

إن التركيز الأساسي في هذه الطريقة العلاجية ليس في استعمال تقنيات العلاج، وإنما في خلق الجو المناسب الذي يحدث تعديلاً بنائياً في الشخصية. وتعطى الأهمية الكبرى على طبيعة العلاقة بين المعالج والطفل. وعلى المعالج أن يبدي موقفاً مرناً وحراً يتيح للطفل أن يلعب ويتحدث بحرية حيث يتم قبوله كما هو باعتباره فرداً متميزاً فريداً. إن انتباهاً قليلاً قد يتم توجيهه على الخبرات اللاشعورية، كما أن التفسير لا يستعمل إلا قليلاً، وبدلاً من ذلك فإن عكس المشاعر Reflection of feeling (باعتبار المعالج مرآة تعكس مشاعر الطفل) هي الخطوة الهامة التي تساعد الطفل في تفهم مشاعره حتى يتبصر طبيعة مشكلاته.

بحوث ودراسات حول العلاج باللعب بنوعيه (التحليلي، والمتمركز حول الطفل):

أجريت دراسات عديدة حول نتائج العلاج باللعب بنوعيه السابقين. فقد وصف ليسبو عن العلاج باللعب غير الموجه، ووجد أن الدراسات التي أجريت على هذه الطريقة العلاجية، قد اعتمدت في جلستها على العلاج باللعب المتمركز على الطفل مشيراً إلى أن تغير اتجاهات يحدث نتيجة للعلاج. وقد بينت بعض الدراسات زيادة في النشاط الجسمي وتعبير عن المشاعر السلبية بصورة مطردة مع التقدم بالمعالجة. ولسوء الحظ فقد تم التوصل إلى هذه النتائج استناداً إلى المجموعات العلاجية التجريبية ولكن دون مقارنتها مع مجموعات ضابطة. وتبين أن العلاج باللعب لم يحدث في الأشكال الأخرى للعلاج. وقد بين ليسبو عدة دراسات على العلاج باللعب أجريت في معالجة الربو واضطرابات الشخصية والتخلف العقلي. وبالرغم من أكثر هذه الدراسات لم تقدم إلا معلومات قليلة عن فعالية العلاج باللعب غير الموجه، لأن أكثرها أجري لتقدير التغير الحاصل في فئة محدودة من الأطفال الخاضعين للعلاج كما أظهرتها الدراسات المبكرة، إلا أن بحوث لاحقة وجديدة قد تجاوزت هذه

المعضلات المنهجية في البحث وطبقت على مجموعات كبيرة من الأطفال (مجموعات تجريبية وضابطة) كم أجريت على فعالية العلاج باللعب المتمركز على الطفل طبقت على أطفال متجانسين من حيث العمر والجنس والمنطقة ومستوى التكيف. وقد تم الحصول على تقدير قياس سبقي (فبل العلاج) ولاحق (بعد العلاج) باستخدام اختبار تفهم الموضوع ومقياس التكيف. وبعد ١٢ أسبوعاً لوحظ وجود فروق جوهرية ذات دلالة بين المجموعة التجريبية (التي عولجت) باستخدام العلاج باللعب ، وبين المجموعة الضابطة التي لم تتلق علاجاً كما وجدت فروق جوهرية في الأسبوع السابع والعشرين للعلاج. وقد أكد بعض العلماء أن النتائج والمكاسب العلاجية لطريقة العلاج باللعب كانت أكبر بكثير مما وجد عند أفراد المجموعة الضابطة. إن هذه الدراسات جميعها أجريت على طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العميل ، في حين لا توجد إلا قلة من الدراسات التي أجريت على طريقة العلاج التحليلي باللعب أكثرها لم يقدم نتائج يمكن الركون إليها.

باختصار نقول إن النتائج المتعلقة بفعالية العلاج باللعب (بنوعيه السابقين) تفترض أن هذا النوع من العلاج يحدث تغيرات وتعديلات كبيرة في شخصية الطفل يفوق ما هو موجود عند الأطفال الذين لم يتلقوا علاجاً. ومنها توجد قلة من الدراسات التي أجريت على فعالية طريقة معينة من طرق العلاج باللعب ، مع العلم بأن هذه الطريقة قد تكون أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى.

تقنيات العلاج الجمعي:

يعتمد أكثر المعالجين النفسيين على طريقة العلاج النفسي الجمعي Croup Psychotherapt حيث يتواجد عدد من الأطفال المعالَجين معاً ، وهي أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى في الكثير من الحالات كما سيتبين معنا. خاصة أن الكثير من الأطفال يتم إحالتهم للعلاج وهم يعانون من مشكلات رئيسية في علاقاتهم الاجتماعية (أساس المشكلة العلاقات الاجتماعية) فيكون العلاج الجمعي الذي يتواجد فيه عدد من الأطفال ذا قيمة علاجية كبرى. فالطفل المنسحب أو الخجول ينقصه المهارات الاجتماعية

والتواصل. وهذه يتم تعلمها من خلال علاقته بالآخرين. في حين أن بعضهم الآخر يكون عدوانياً وهكذا. إن العلاج الجمعي يزود مناخ وجو ممتاز يتعلم فيه الأطفال طرائق التكيف والعلاقات الاجتماعية السوية. فالطفل الذي يتميز بالانسحاب يتعلم أن يكون أكثر تأكيداً لذاته ومنفتحاً بعلاقاته مع الآخرين ، كما يطور مهارات اجتماعية هامة. من جهة أخرى فإن للجماعة تأثيراً هاماً من حيث كونها عاملاً في التنشئة الاجتماعية. وبسبب أن التغيرات التي تحدث في العلاج الجمعي ناتجة عن التفاعلات والعلاقات الفعلية مع الأطفال الآخرين أكثر من كونها محادثة عن موضوع العلاقات (كما في العلاج الفردي) ، فإن هذا يمثل تعميماً عظيماً للتغيرات السلوكية إلى البيئة الطبيعية للطفل أكثر مما هو الحال في العلاج الفردي. ومن الميزات الأخرى للعلاج الجمعي ، أن الطفل قد يكتسب فهماً أفضل عن سلوكه من خلال رؤية الآخرين له بحيث ينظر إلى مشكلته على أنها ليست فريدة أو متميزة لأن هناك آخرين يعانون منها أيضاً. إن الطرق الفعالة في التعامل مع المشكلات يمكن تبنيها من خلال تعلم الطريقة التي عالج بها الآخرون مشكلاتهم بنجاح ، وبذلك يتعلم الطفل الطريقة المثمرة في حل مشكلاته من خلال رؤيته للآخرين. هذه العوامل والميزات تجعل من العلاج الجمعي طريقة مفيدة ، خاصة مع الأطفال الذين يكون لمشكلاتهم أساس اجتماعي يرتبط بالعلاقات والتفاعل مع الآخرين (وما أكثرها عند الأطفال). سنبحث في اتجاهين رئيسين يوضحان جوهر العلاج الجمعي المطبق على الأطفال .

علاج الجماعة النشطة :

لقد مهد لهذه الطريقة ووضع أسسها سلافسون Slavson عام ١٩٤٣ ثم طورت لاستخدامها مع الأطفال بين سني الثامنة والثانية عشرة والذين يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية. وقد أصبحت هذه الطريقة هامة جداً في العلاج الجمعي للأطفال والمراهقين. إن علاج الجماعة النشطة وضعت أساساً لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية أقل حدة (مثل الخجل والانسحاب ، الاتكالية ، العدوان ، اضطرابات التصرف والخلق)

والذين يستفيدون من خبرات التنشئة الاجتماعية. في هذه الطريقة تتضمن الجلسة العلاجية مكاناً أو غرفة كبيرة فيها الكثير من المواد كالخشب والمعادن والبلاستيك وأشكال قوارب وطائرات وألعاب وذلك للعمل بها. كما تضم غرفة العلاج نموذجياً، الحمام والمطبخ لأوقات الفراغ والاستراحة بين الجلسات العلاجية. وكما يتضح فإن مصطلح علاج جماعة النشاط Activity croup Therapy تنشأ عن حقيقة كون الجلسة العلاجية واحدة في المواقف التي ينشغل فيها الأطفال بأنشطة بدلاً من الحديث مع بعضهم، وتتيح هذه الأنشطة التعبير عن الصراعات النفسية والمشاعر، والإطار الأساسي للتفاعل بين أعضاء الجماعة العلاجية، ومع تقدم العلاج تصبح هذه الأنشطة ثانوية بينهم بحيث يحدث التغير العلاجي من خلال هذا التفاعل.

إن العلاج الذي يضم نموذجياً جلسات أسبوعية (لمدة ساعتين في الجلسة الواحدة مثلاً) تأخذ مكانها بين مجموعات من الأطفال يتراوح عددهم من ٤ ـ ٨ من أنماط سلوكية مختلفة. مثلاً يمكن جمع أطفال عدوانيين وخجولين ومنسحبين بدلاً من أن يكونوا متشابهين في أشكال سلوكهم. وهذا ضروري من أجل حفز التفاعلات المناسبة للجماعة والعلاقات الاجتماعية السليمة وخفض أو كف التفاعلات الاجتماعية غير المناسبة. وقد شدد سلافسون على أن المعالج النفسي الذي يتبع طريقة علاج الجماعة النشطة يجب أن يتميز بالتعاطف الوجداني وأن يكون داعماً. وفي حين يحاول نمذجة أشكال السلوك المناسبة عليه أن يعتمد على أعضاء الجماعة العلاجية في دعم البناء الضروري للجماعة، وأن يتعامل مع أشكال السلوك الظاهري والصراعات النفسية الداخلية كما تنعكس في أشكال السلوك غير المناسبة. إن عدم التوجيه يعتبر جزءاً من عمل المعالج لترك الأطفال يعتمدون على أنفسهم في معالجة مهماتهم والتعامل مع صراعاتهم وإيجاد الحلول لها مع أعضاء الجماعة الآخرين، وبذلك يزيد العلاج من نمو وتطور أشكال السلوك التكيفي ومن الثقة بالذات.

العلاج الجمعي عن طريق مقابلة النشاط:

هذه الطريقة أسسها سلافسون أيضاً وفي نفس العام الذي وضع فيه طريقته

السابقة ، إلا أن هذه الطريقة مخصصة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ ـ ١٢ سنة والذين يعانون من اضطرابات نفسية أشد خطورة بالمقارنة مع الاضطرابات التي تعالجها الطريقة السابقة. وقد وصف سلافسون عدة أنواع لهذه الطريقة ، فهناك علاج الجماعة باللعب التي تستخدم مع الأطفال الصغار والتي تختلف عن طريقة جماعة النشاط التي تضم نقاشاً أو مقابلةinterview حيث يتم التعامل مع كل الموضوعات عن طريق النقاش والمحادثة. ويليها مرحلة النشاط حيث ينشغل الأطفال بأنشطة متنوعة من اللعب التي تختلف عن مواد اللعب في الطريقة السابقة ، من حيث إنها تستعمل مواد تتيح التعبير عن الصراعات الداخلية للطفل واهتماماته الحالية.

تستعمل هذه الطريقة مع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة حيث يقدم المعالج توجيهاً وإرشاداً فعالاً ومركزاً كما يقدم أسئلة وتوصيات عن سلوك أطفال الجماعة ويزودهم بالتفاعلات وأشكال السلوك المناسبة ، كما يناقشهم فيها لتسهيل عملية تبصرهم بذواتهم وبصراعاتهم النفسية. إن هذه الطريقة العلاجية بالمقابلة واللعب ، تشبه تقنية العلاج التحليلي باللعب التي تستخدم فردياً. إضافة إلى التفاعل مع المعالج ، يفيد أعضاء الجماعة من التفسيرات والتوصيات التي يقدمها لهم المعالج من خلال مناقشتهم عن أنشطتهم.

العلاج الأسري (علاج العائلة) في تدبير اضطرابات الأطفال النفسية:

لقد تم التركيز في السنوات الأخيرة على علاج الأطفال في سياق الأسرة ومحيطها. فطريقة العلاج الموجهة للأسرة تستند إلى افتراض مفاده أن الاضطراب ليس في الفرد نفسه الذي يعتبر مرضاً فريداً متميزاً بل على أساس السياق والمحيط الأسري والعلاقات بين أفراد الأسرة. فالمعالج الأسري يرى أن العلاج النفسي الفردي لا جدوى منه لأن سلوك الطفل قد يصعب تعديله إذا لم نعدل في العائلة نفسها. وفوق ذلك ، يشدد علماء النفس على درجة من التوازن الأساسي في الأسرة بحيث إن التغيرات في أحد أفراد الأسرة سيؤثر في الأعضاء الآخرين أيضاً. إن السلوك المنحرف الذي يظهره الطفل يعتبر أعراضاً

لأسرة مضطربة. ولذلك فإن الهدف العام للعلاج الأسري هو تحسين طبيعة العلاقات العائلية. وإذا كان بالإمكان تغيير علاقات أعضاء العائلة وأشكال تفاعلهم الاجتماعي، فإن هذا سيحدث تغييراً في السلوك المرضي للطفل وبالتالي خفض الأعراض المرضية. إن الأهداف الفعلية للعلاج قد تختلف استناداً إلى التوجه العلاجي الذي يعتمده المعالج النفسي الأسري. والجدول التالي يبين قائمة بالأهداف التي اعتمدها ٢٩٠ معالجاً نفسياً أسرياً، ويتبين منه أن نسبة المعالجين الذين يستعملون أهدافاً محددة هي ذات أهمية خاصة.

تحسين التواصل	٨٥٪
تحسين الاستقلالية	٥٦٪
تحسين التعاطف الوجداني	٥٦٪
قيادة أكثر مرونة	٣٤٪
تحسين تقبل الدور	٣٤٪
خفض الصراع	٢٣٪
تحسين الأعراض المرضية للفرد	٢٣٪
تحسين أداء المهمات الفردية	١٤٪

إن العلاج بحد ذاته يتضمن عادة كامل العائلة: الطفل، الوالدين، الإخوة والأخوات، وأحياناً أفراد الأسرة الممتدة. ويتطلب العمل معهم وجود مساعد للمعالج النفسي، وفي حالات أخرى يستخدم معالجان نفسيان أو أكثر يعملون معاً في علاج العائلة؛ مما يخدم في تحسين العلاقات الاجتماعية ودعم السلوك المناسب.

طرق العلاج الأسري:

هناك عدد من الطرق والنماذج العلاجية التي تنتمي للعلاج الأسري سنبحثها باختصار:

أولاً ـ النموذج التاريخي. تحت هذا المنحى يوجد عدة طرق للعلاج

الأسري. مثلاً النظرية النفسية الدينامية المطبقة على الأسرة، تضم طريقة العلاج النفسي الدينامي التي وضعها أكرمان وفرامو (١٩٨١) وكذلك طريقة النشوء الداخلي والسياق التي وضعها بوزورميني (١٩٨١). إن الطبيعة الجوهرية لهذه الطرق جميعها، هي أنها تتيح إطلاق الحرية للفرد، أو تحرره من التعاطف الوجداني المضخم، وهذا ما يحدث خلال عملية الكشف عن التعاطف، والوصول إلى تبصر واضح بها وخاصة الأشكال غير المناسبة منها، فيعمل المعالج على تسهيل عملية الكشف هذه ثم يفسر العلاقة بين التعاطف السابق والسلوك الحالي الذي يعانيه الطفل. من هنا يتبين أن كل طريقة مرتبطة بهذا النموذج إنما تتضمن العمل مع محيط الأسرة، ويكون التشديد على دور الديناميات النفسية الداخلية للفرد لأنها ذات تأثير هام في العلاقات القائمة بين أعضاء الأسرة، وتساهم مباشرة في خلق السلوك المشكل والأعراض المرضية.

ثانياً: نموذج العملية / البناء. بدلاً من التركيز على العوامل النفسية الداخلية باعتبارها مشكلات أسرية، ترى هذه طرائق العلاج الأسري أن المشكلات العائلية تساهم في الاضطرابات الفردية. ويدخل ضمن هذه الفئة طرائق التواصل Communication Approach كتلك التي طورها (جاكسون) عام ١٩٦١، وطرائق حل المشكلات Problem Solving Approach التي طورها (هالي) عام ١٩٧٦، والعلاج البنائي للعائلةStructural Family Therapy للعالم (مينوخين) التي طورها عام ١٩٧٤، والطرائق السلوكية في معالجة العائلة. وبالرغم من تنوع هذه الطرق من حيث إن بعضها يركز على تحسين التواصل والتفاعل بين أعضاء الأسرة، وبعضها الآخر يعيد بناء تنظيم الأسرة، إلا أنها جميعها تتعامل مع المتغيرات والعوامل الحالية الفاعلة في العائلة (بدلاً من التركيز على الفرد).

ثالثاً ـ نموذج الخبرة. ويمثله الطرق التالية: العلاج المتمركز على العميل أو الطفل Client Centered therapy، التي طورها العالم ليفانت عام ١٩٧٨، وطريقة التواصل الإنساني Humanistic-Communication التي

طورها عالم النفس ساتير عام ١٩٦٧ ، وكذلك الطريقة الغشتالتية التي طورها كامبلر عام ١٩٨١. فهذه الطرق جميعها تعتمد على الاتجاه الوجودي والظاهراتي في علم النفس والذي يختلف عن تلك الطرق في علاج العائلة ، من حيث إنها جميعها تركز على مساعدة أعضاء الأسرة في تحقيق ذواتهم وأن يخبروا ويعيشوا حياة نوعية أفضل بدلاً من تعديل بنية الأسرة أو خفض مشكلات سلوكية فيها. وضمن هذا الإطار تمثل محاولات المعالج النفسي هنا المسهل أو الميسر الذي يلاحظ التفاعلات والعلاقات العائلية بين أعضاء الأسرة ، ويشجع على الخبرات والتجارب الفعالة والمكثفة فيها مما يسرع من النمو الشخصي ومن تحقيق الذات. إن مثل هذه التغيرات تحدث بمساعدة المعالج الذي ينخرط بفعالية في جو الأسرة وعلاقات أفرادها.

رابعاً ـ طرق أخرى في العلاج الأسري. وهناك طرق أخرى مثل طريقة التثبيت والدمج المضاعف Multiple-Impact Therapy التي وضعها ماكر يجر عام ١٩٦٤ في جامعة تكساس والتي تشدد على العمل بكثافة مع أفراد الأسرة لمدة يومين على الأقل ، حيث يتفاعل المعالج مع كل أعضاء الأسرة باعتبار كل واحد منهم فرد يعيش ضمن جماعة. وقد استعملت هذه الطريقة مع المراهقين الذين يعانون من أزمات وشدات نفسية معينة ، وهدف العلاج هنا هو تطوير السلوك التكيفي بحيث يمكن أفراد العائلة من مواجهة أزماتهم اللاحقة والطريقة الأخرى هي علاج الشبكة الاجتماعية Social-Network Therapy التي وضعها سبيك ورفاقه ، والتي تتضمن المداخلة العلاجية فيها عمل فريق متكامل. ويتم التفاعل مع العائلة والأصدقاء والجيران وكل من له صلة بالأسرة. وهدف هذه الطريقة فتح قنوات للتواصل وتقوية الروابط بين الأفراد ، ومعالجة العلاقات المرضية ، ورفع مستوى شبكة العلاقات هذه مما يزيد من الدعم والمساندة ومواجهة الصعوبات.

الطرق السلوكية في معالجة الأطفال (العلاج السلوكي):

تأخذ الطرق السلوكية في معالجة الأطفال أشكالاً عديدة ، بعضها يعتمد على تطبيق مبادى التعلم الإجرائي ، وبعضها الآخر على الأشراط

الكلاسيكي ، وبعضها على التعلم الاجتماعي. في حين يركز بعضها على السلوك الظاهر لتعديل العمليات المعرفية اللاتكيفية والمرتبطة بأشكال غير مناسبة من الاستجابات. سنبحث في أهم الطرق السلوكية المستعملة في معالجة اضطرابات الأطفال النفسية ، مثل خفض الحساسية التدريجي المنظم ، التعلم بالقدوة والملاحظة ، العلاج بالإكراه والنفور ، العلاج العقلاني الانفعالي ، تعديل السلوك المعرفي ، الإبعاد أو التجاهل المؤقت.

خفض الحساسية التدريجي والمنظم Sysdesensitization:

استخدمت هذه الطريقة كثيراً في معالجة القلق والمخاوف المرضية عند الراشدين. وتضم هذه الطريقة كما نشأت من قبل العالم ولبي (Wolpe 1958) ثلاثة مظاهر رئيسية: الأول ، هو التدريب على الاسترخاء التصاعدي ، والثاني ، تكوين مدرج هرمي للقلق يتضمن البنود التي يستحضرها بشكل تخيلي وهي التي تثير القلق عند المريض ، والثالث ، إحضار متدرج لمثيرات القلق تلك ، بينما يكون المريض في حالة استرخاء عميق.

بعد إعداد تدرج لمثيرات القلق ، وتعلم العميل (الطفل) الاسترخاء ، يطلب منه أن يتخيل المنظر (المثير) الأقل إثارة للقلق ، وأن يعيش بكل حواسه هذا المنظر وهو في حالة استرخاء. ورغم أنه من الممكن وضع الطفل في مواقف حية ، إلا أن استخدام تخيل المنظر يثير أقل قدر من القلق ، كما أنه أكثر ملاءمة من حيث الوقت والجهد وأكثر مرونة. وقد ثبت أن إزالة الحساسية في منظر متخيل تعمم إلى المواقف الحية الواقعية بدون قلق. على المعالج قياس درجة القلق المستثار في كل خطوة وكل مثير يتخيله الطفل ، ويمكن أن يتأكد من ذلك عن طريق رفع إصبع الطفل مثلاً ، فإذا كانت في حالة استرخاء رغم تخيله للمنظر المثير القلق ، يمكن بعدها الانتقال إلى المنظر الأعلى إثارة للقلق في المتدرج الهرمي. ويجب أن يستمر تخيله للمنظر لمدة لاتقل عن ١٠ ثوان ، ولا ينتقل إلى المنظر التالي المثير للقلق قبل أن يتخيل المنظر مرتين على الأقل وهو في حالة الاسترخاء. وبعد أن ينتهي من كل مثيرات القلق المتخيلة ،

يطلب منه أن يعرض نفسه لمواقف الحياة الواقعية. ويختلف طول الجلسات وعددها من طفل لآخر.

الإغراق (الغمر Flooding):

وفي هذه التقنية يواجه العميل (الطفل) الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته ولفترات زمنية طويلة مما ينتج عنه إغراقه بالقلق. وقد يتم ذلك على مستوى التخيل (كما هو الحال في الطريقة السابقة) إلا أن النتائج تكون أفضل في المواقف الفعلية. مثلاً في حالة الطفل الذي يعاني من الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة، يؤخذ الطفل إلى مبنى سطح شاهق الارتفاع ويطلب منه أن يبقى هناك إلى أن تخف حدة القلق وقد تتراوح هذه الفترة من ٥ حتى ٢٥ دقيقة حسب حالة الطفل واضطرابه. وفي الجلسة التالية التي يفضل أن تكون بعد يوم أو اثنين يتوقع أن يقل القلق في البداية وأن تقل المدة المطلوبة ثم تتكرر الجلسات على فترات أطول لتجنب الانتكاس. ومن الضروري عدم إنهاء العلاج قبل الوقت المناسب حتى لا يتدعم الخوف المرضي. وعادة ما يحتاج إلى عدد من الجلسات تتراوح بين ٥ و٢٠ جلسة. وقد ثبت فعالية هذه الطريقة في معالجة الوساوس القهرية والمخاوف المرضية بأشكالها المختلفة.

علاج الإثارة من خلال الأخيلة Implosive Therapy:

وتعتبر هذه الطريقة صورة من الإغراق، يعرض فيه الطفل فوراً لأشد درجات المواقف المتخيلة لإثارة الخوف، كأن يطلب من مريض يعاني من مخاوف التواجد في الأماكن المرتفعة أن يتخيل نفسه يسقط من فوق مبنى مرتفع أو يتصور نفسه يسقط من المرتفع في الظلام، ويحاول المعالج أن يجعله يعي مشاعره وإحساسه أثناء ذلك، وتأثير ارتطام جسمه بالأرض، وأن يتخيل جسمه وقد تحطم. وعلى المعالج أن يؤكد على كيفية إدراك المريض ذلك وما يتصوره. وإذا تذكر الطفل المريض حادثاً مفجعاً وقع له فعلاً، تعين على المعالج أن يركز تصور العميل لهذه الخبرة بالاستناد إلى مبدأ الانطفاء، حيث حين يتكرر اقتران الاستجابة الشرطية (الخوف أو القلق) بالمنبه الشرطي دون

اقتران دوري بالمنبه غير الشرطي (الألم الحقيقي) فإن الاستجابة الشرطية (السلوك المرضي) تنطفىء تدريجياً. فقد عولج أطفال يعانون من الخوف المرضي من الفئران عن طريق تعريضهم لموقف مثير للخوف بتخيلهم فئراناً تأكل أحشاءهم الداخلية في جلسات مقننة ، وبعد عدة جلسات استطاع هؤلاء إمساك فأر أبيض.

العقاب وتكاليف الاستجابة والتجاهل:

يتضمن العقاب Punishment إيقاع أذى لفظي أو بدني ، أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب أو المرضي. ومن أشكال العقاب الضرب ، والحرمان من التفاعل الاجتماعي وزجر الطفل وحرمانه من الحب ومن اللعب. فيمكن طرد الطفل من الصف أو إنقاص علاماته حين يظهر سلوكاً غير محبب.

أما تكاليف الاستجابة Response cost التي تأخذ شكل الحرمان من مدعم يعود على الطفل بالفائدة إثر ظهور سلوكه المضطرب ، ومن أشكاله الإبعاد المؤقت Time out حيث يبعد الطفل لفترات قصيرة في مكان ما لا يعود عليه بمدعم أو معزز في حياته الاجتماعية. وهذا يساعد على إنهاء الموقف الذي يرتبط بالمشكلة أو الصراع فوراً. فإبعاد طفلين متشاجرين وإرسالهما لفترات قصيرة ينهي المشادة وما يترتب عليها من أذى ، كما يساعد الطفل في إعطائه فرصة التأمل في سلوكه بهدوء ، كما يعطي الأبوين فرصة قصيرة من شأنها أن تبعد الطفل عن المشتتات البيئية التي تعوقه عن استكشاف الطرق الأخرى للتصرف المناسب. ومن شروط نجاح الإبعاد المؤقت:

١ ـ تجنب الانفعال والتهيج خلال تطبيقه. ويجب اعتماد التسامح والهدوء أثناء إبعاد الطفل ، لأن التهيج والانفعال قد يدفعه لمزيد من الانفعال ويزيد من السلوك الشاذ.

٢ ـ تجنب الجدل والنقاش مع الطفل أثناء ذلك ، وتجاهل ما يصدر عن الطفل بعد ذلك من احتجاجات وأعذار.

٣ ـ تبين أن الوقت المفضل للإبعاد يجب أن يكون لمدة دقيقتين للطفل ذي السنتين ، وثلاث دقائق للطفل ذي الثلاث سنوات ، وأن أطول فترة يجب أن لا تزيد عن ٥ دقائق.

٤ ـ عند تطبيق الإبعاد المؤقت يجب إعلام الطفل بأن هذا وسيلة لإعطائه فرصة للتفكير في سلوكه وليس عقاباً وعليه أن يلتزم الهدوء.

أما أسلوب التجاهل Ignoring ، فيستخدم كثيراً من قبل علماء النفس ، حيث إن الكثير من أشكال السلوك غير المحببة تختفي في فترات قصيرة بعد تجاهلها. ومن المعروف أن أشكالاً من السلوك غير الضار خاصة تختفي حين نتجاهلها ، ومن أشكال السلوك هذه البكاء المستمر والنهنهة والعويل ، والعزوف عن الطعام ، والشكاوى المرضية العابرة ، والاستجابات التي تظهر للمرة الأولى من الطفل مثل نتف الشعر وقضم الأظافر. وهناك عدة شروط يجب توفرها ليكون التجاهل فعالاً منها: الانتظام والاتساق في تطبيقه ، واللغة البدنية الملائمة ، حيث يجب تجنب الاحتكاك البصري بالطفل ، ويجب الالتفات بعيداً عنه ، ويجب أن نبتعد مكانياً عنه أيضاً ، لأن مجرد القرب البدني يعتبر معززاً للسلوك غير المرغوب ، كما يجب الاحتفاظ بتعبيرات الوجه محايدة، فاختلاس النظر للطفل أو إظهاره أمامه يفسد التجاهل المنظم، وأخيراً يجب أن يكون التجاهل فورياً حالما يصدر السلوك الشاذ (إبراهيم ١٩٩٣) .

التعلم بالقدوة والملاحظة (النمذجة):

تنتمي هذه الطريقة إلى نظرية التعلم الاجتماعي والتي تستند إلى أحد مبادىء التعلم الذي يقول: إن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك للآخرين وتعرضهم للنماذج أو أشكال القدوة التي تقتدون بها. فيعطى الشخص الفرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج. فقد تعمل النمذجة على أساس تدعيم الشخص نتيجة تقليده لسلوك الآخرين ، ويرى (باندورا) أن هناك أربع عمليات متضمنة في النمذجة هي:

١ ـ العمليات الانتباهية التي تنظم المدخل الحسي وإدراك الشخص للنموذج.

٢ - عمليات الاحتفاظ والترميز التي يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً.

٣ - عمليات إعادة الإنتاج الحركي، والتي تضم تكامل الأفعال المكونة للاستجابة الجديدة.

٤ - الحوافز والتعزيز الذي ييسر الانتباه للحدث أو السلوك المطلوب ملاحظته وتشجيع المران وترجمته إلى سلوك ظاهر.

لقد بينت العديد من الدراسات أنه يمكن تعديل السلوك بهذه الطريقة في مواقف متنوعة منها: تغيير الاستجابات للمنبهات في المخاوف المرضية، واكتساب السلوك الاجتماعي والمعرفي، والتعبير عن الذات.

لقد استطاع عالم النفس أوكنر، أن يغير السلوك الانطوائي لدى الأطفال إلى سلوك فيه قدر كبير من التفاعل الاجتماعي، عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال في الوقت الذي يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج. كما تم تعديل سلوك الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات، عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرون سلوكاً اجتماعياً مثل الأخذ والعطاء. وقد تبين أن سلوك الأحداث الجانحين يمكن تعديله عن طريق التعلم بالنموذج، وإكسابهم المهارات الاجتماعية والمهنية المطلوبة. إن الأفراد يمكنهم أن يقلدوا السلوك العدواني المنمذج في الأفلام، وهناك دلائل تبين أن مرتكبي الجرائم استمدوا أفكارهم وسلوكهم من مشاهدة التلفزيون. ويرى البعض أن مشاهدة برامج العنف تزيد من العدوان. ومع ذلك هناك عوامل عديدة تلعب دورها في عملية التأثير هذه، منها درجة التشبع بمشاهد العنف، ودرجة العقاب الذي يوقع على النموذج، وحالة المشاهد وسماته النفسية (مليكة، ١٩٩٤).

هناك عشرات الأمثلة والحالات التي تبين استخدام التعلم بالقدوة والنموذج لاكتساب الكثير من المهارات الاجتماعية، وإحداث تغيرات سلوكية إيجابية في العديد من أنواع السلوك البسيط والمركب كالطلاقة اللغوية بين الأطفال

الذين يعانون من اضطرابات النطق ، وكذلك في تطوير الحكم الخلقي المقبول اجتماعياً ، وبين الأطفال المتخلفين عقلياً.

توكيد الذات والتعبير عن المشاعر:

تستخدم هذه الطريقة لعلاج حالات القلق أو العجز عن التعبير عن المشاعر في المواقف الاجتماعية. وتستخدم من أجل تدريب الطفل على الاستجابات الاجتماعية الملائمة بما فيها التحكم في نبرة الصوت ، والاحتكاك البصري المناسب ، ولتدريبه على أن يعبر بحرية عن مشاعره وأفكاره حسب متطلبات الموقف ، وتدريبه على الدفاع عن حقوقه.

العلاج المعرفي وتعديل طرق التفكير:

ترتبط الاضطرابات النفسية للطفل بالطريقة التي يفكر بها ويدرك المواقف ويفسرها ، وهناك عدة مصادر لقصور التفكير وأخطائه عند الطفل ، مما يساعد في حدوث الاضطراب:

١ ـ نقص المعلومات. إن أكثر الأخطاء التي يرتكبها الطفل تكون نتيجة لجهله بطرق التفكير الصحيحة ، من هنا يجب التركيز منذ البداية على التربية بإعطاء الطفل معلومات دقيقة مفصلة عن كيفية السلوك السوي وقد شدد (أليس) على ضرورة تعليم الطفل كيفية مواجهة المخاوف والتغلب على الأخطاء بدلاً من الحكم على ذلك. إن مشكلات الطفل النفسية وخاصة المخاوف والقلق ، نتيجة مباشرة للعجز عن اكتساب أو تعلم الأساليب المناسبة لحل المشكلات العاطفية والاجتماعية.

٢ ـ أخطاء التفكير. إن الاضطراب قد ينتج عن تفسير خاطىء للموقف. فقد ينظر للموقف على أنه مهدد. وقد بين (بيك) أن الاضطرابات الانفعالية وخاصة الاكتئاب ، تحدث في ضوء المعتقدات والآراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه والعالم حوله. والخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو الانهزامية بسبب هذا الأسلوب.

٣ ـ التوقعات السلبية. يحمل الطفل المضطرب توقعات سلبية للمرض ،

ويعتقد أن ليس بمقدوره تجنب حدوث هذه الأحداث. وقد بين (سليجمان) أن الطفل المكتئب يكشف عن قصور شديد في حل المشكلات النفسية والاجتماعية بالرغم من أن ذكاءه يكون مرتفعاً. من هنا يركز العلاج على استبدال هذه التوقعات السلبية بالأمل ووضعهم في مواقف ناجحة تزيد من الثقة بالنفس.

٤ ـ الأسلوب المعرفي. يكون الاضطراب نتيجة الأساليب المعرفية الخاطئة التي من شأنها أن تحدث الاضطراب وتدعمه، وتتصف هذه الأساليب بما يلي:

- التعميم السلبي الشديد: كل أفعالي وتصرفاتي خاطئة.
- التوقعات الكارثية: يتجنب الطفل الدخول في مواقف خوفاً من ارتكابه خطأً.
- الكل أو لا شيء: يتصور أي موقف على أساس النجاح الكامل أو الفشل الذريع.
- النظر إلى أفكار الآخرين سلبياً: يقول بينه وبين نفسه: سيجعلوني موضوعاً للسخرية، «يظنوني أني أقل منهم».
- المقارنة: كأن يقول «إنهم أكثر مني مقدرة»، «إنني لست مثلهم»، «هناك شيئاً ما خاطئاً في بالمقارنة بهم».
- تبخيس الذات كأن يقول «إني لا أستحق هذا الإطراء»، «لا يوجد في شخصي ما يستحق».
- الاتجاهات الكمالية المطلقة كأن يقول «يجب أن لا أخطىء أبداً»، «لو نقصتني درجة واحدة فسيكون ذلك علامة فشل ذريع».

يعتمد العلاج المعرفي وتعديل أخطاء التفكير على التوجيه وتلقين الطفل أساليب التفكير الجيدة، ويتم ذلك بإعطائه معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد لكي يكتشف أن مخاوفه غير موضوعية. كما يتم تدريبه على مواجهة المواقف المعقدة والأنشطة الاجتماعية التي تعمل على تحسين علاقاته بالآخرين، لأن الانسحاب والانزواء، قد يكون نتيجة مباشرة لعدم تمكنه من المهارات الاجتماعية في التواصل والتحدث. ويضم العلاج أيضاً إعطاء الطفل

معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه ليتعرف عليها ويستبقي حدوثها ويتبين مدى تفوقه في علاجها. وقد طبقت طريقة المونولوج أو الحوار مع النفس كأسلوب للتغلب على المعتقدات الخاطئة حيث تنبه الطفل إلى الأفكار التي يرددها حين يواجه بعض المواقف. فقد يعتبر الاضطراب نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه وما يقنع به ذاته من أفكار، وعن طريق الحوار مع النفس ينتبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه. كأن ندرب الطفل على أن يقول توقف أو فكر قبل أن تجيب أو عد للعشرة ، وغيرها من العبارات التي تناقض الأفكار الخاطئة التي يحملها.

ومن الأساليب السلوكية المعرفية في علاج اضطرابات الأطفال ومشكلاتهم النفسية ، الوعي بالذات ومراقبتها والتي تمكن الطفل من مشاهدة نفسه من خلال مرآة أو فيلم فيديو وهو يتصرف في المواقف الاجتماعية ، ويساعده هذا على أن يطور قدراته على ضبط ذاته وسلوكه كما يتعرف على الطريقة التي ينظر إليه الآخرون.

لقد اتبع عدد من العلماء (Camp. Blom. and Herbet and Doorninch) عدداً من البرامج العلاجية لتعليم الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد ، وذلك بطريقة حل المشكلات ومهارات التعلم والتوجيه الذاتي. فكان الطفل يعلم عن طريق الاقتداء والإعادة الذاتية للسلوك ، فكان يسأل ويجيب عن الأسئلة المتنوعة مثل: ما هي مشكلتي ، ما هي خطتي ، هل بإمكاني استعمال هذه الخطة ، كيف يمكنني أن أطبقها ، في نفس الوقت الذي يواجه فيه مهمات متنوعة. ومن خلال تطبيق هذا البرنامج وتقويم نتائجه، لوحظ تحسُّن ذو مغزى في أشكال السلوك عند الأطفال ، وتم تطبيقه فيما بعد على أطفال آخرين يعانون من سلوك العدوان والتخريب.

الوالدان معالجان للطفل:

لقدْ زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة ، بدور الأهل خاصة الأم في معالجة مشكلات الطفل ، وذلك بسبب التفاعل المستمر والدور الذي يلعبونه في تشكيل سلوكه. ويستند هذا إلى افتراض العلاج الفردي الممتد من التركيز على

الطفل المضطرب وعلاجه من قبل معالج متمرس ، حتى الطرق التي تصمم لجعل دور الوالدين أكثر فعالية في المعالجة. ومن هذه الطرق العلاجية التي تركز على دور الوالدين:

العلاج البنوي (البنوة):

وضع هذه الطريقة عالم النفس جيرني Gurney (١٩٦٤) والتي سماها العلاج البنوي (من بنوة ، أو تعيين أبوة ولد) Filial Therapy والتي يلعب فيها الوالدان دور المعالج النفسي للطفل وخاصة في سياق اللعب ، وأثناء التفاعل اليومي. وفيه يتلقى الوالدان تدريباً على طريقة العلاج باللعب المتمركز على الطفل المريض ، وذلك لتطوير مهاراتهم في تقنية العلاج باللعب. ثم يتم إعطاؤهم فرصاً لملاحظة جلسات من العلاج باللعب يقوم بها المعالج النفسي. كما يتاح لهم أن يتواصلوا مع أطفالهم ومع الآخرين من أجل تلقي التغذية الراجعة الضرورية وتصحيح بعض الأخطاء. وحين يتأكد المعالج من أن الوالدين قد تمكنا من الطريقة العلاجية (العلاج باللعب) يترك لهم فرصة تطبيقها على أطفالهم في المنزل. وعادة ما تطبق جلسة أو جلستان في الأسبوع الواحد. ويستمر الوالدان بالتواصل مع المعالج من أجل توجيههم وتصحيح الأخطاء التي يقعون فيها ولتبين مدى التطور الحاصل في التطبيق وفي سلوك الطفل المضطرب. إن الهدف من هذه الطريقة هو نفس هدف العلاج المتمركز على العميل أو الطفل المضطرب عموماً ، وهو تطوير المساعدة ، والتعاطف الوجداني بين الوالدين والطفل ، والتفاعل غير المشروط والتقبل ، وذلك كله من أجل أن يمكن الطفل من بلوغ أقصى درجة من درجات تطوير الذات.

الوالدان كمعالجين سلوكيين (معدلو السلوك):

وبنفس الطريقة ، وانطلاقاً من نفس المبدأ السابق ، تم تدريب الوالدين على تقنيات العلاج السلوكي وتعديل السلوك المرضي وذلك باستخدام الأشراط. حيث يتم إخضاع الوالدين لدورات تدريبية على تقنيات العلاج السلوكي وخاصة الأشراط الإجرائي (التي ذكرت سابقاً) ، ويطبقها الوالدان بعد ذلك في جلسات واقعية مع أطفالهم ، بينما يقوم المعالج النفسي بمراقبتهم من خلف

مرآة حتى لا يروه ، وقد يطبقها الأهل مع العلاج باللعب وفي مواقف اللعب الواقعية أيضاً. وباستخدام هذه الطريقة يتعدل السلوك اللاتكيفي للوالدين حيال طفلهم وكذلك ردود أفعالهم السلبية مما يعدل من السلوك المرضي عند الطفل. وقد استخدمت هذه التقنية في معالجة أطفال يعانون من الانغلاق على الذات ، ومن العدوان، والتبول الليلي ، وعدم الطاعة ، والعناد.

* * *



خاتمة

لقد تحدثنا عن أهم تقنيات العلاج النفسي لاضطرابات الأطفال النفسية ومشكلاتهم والتي تستند إلى مبادىء متنوعة في علم النفس بدءاً من التحليل النفسي مروراً بالسلوكي حتى العلاج الجمعي وتعديل السلوك من قبل الوالدين باعتبارهم معالجين نفسيين بعد تدريبهم.

إن أكثر المعالجين النفسيين يستعملون عدداً من هذه الطرق وذلك ليكون العلاج فعالاً وحسب متغيرات عديدة يفرضها العمل السريري. وقد أجريت بحوث متعددة حول فعالية هذه الطرق في معالجة اضطرابات الأطفال النفسية. وبالرغم من أنها لم تقدم معلومات ونتائج كافية عن فعالية هذه التقنيات العلاجية، لأسباب عديدة أهمها ضعف منهج البحث المعتمد، وخطأ العينات المستعملة إلا أنها فعالة جميعها مع مختلف الاضطرابات النفسية. وذلك كله يتحدد بالإجابة على السؤال الرئيسي التالي: ما نوع العلاج بالطريقة العلاجية التي يجب تقديمها مع هذا المتعالج أو الطفل وضمن أية شروط ؟! لا شك أن الإجابة عن هذا التساؤل تتطلب منا اعتماد مناهج وطرق بحث متنوعة لا تقتصر على استخدام مجموعتين ضابطة وتجريبية.

إن أكثر طرق العلاج السابقة الذكر، التي أجري عليها كثير من البحوث والدراسات، هي العلاج السلوكي بتقنياته المتنوعة، وقد أكدت معظمها على فعالية تقنية خفض الحساسية التدريجي، والتعلم بالقدوة أو النمذجة،

وتعديل السلوك في معالجة الكثير من اضطرابات الأطفال. وهناك دلائل على فائدة العلاج البنوي ، وتدريب الوالدين على العلاج السلوكي لاستخدامها مع أطفالهم ، وأنها فعالة في زيادة السلوك التكيفي للطفل وتعميمه على مواقف الحياة المتنوعة.

يجب أن نشير أخيراً إلى أن معظم هذه البحوث والدراسات التي أجريت لتبين فعالية طرق العلاج النفسي هذه ، ينقصها الضبط العلمي ، كما أن هذه طرق العلاج النفسي جميعها قد طبقت في جلسات علاجية إكلينيكية ، وأنها موضع نظر حين تطبيقها على مجتمعات وثقافات متنوعة .

* * *

المراجع العربية

- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٩٩) الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث. عالم المعرفة العدد ٢٢٩ الكويت .
- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٩٣) العلاج السلوكي للطفل ، أساليبه ونماذج من حالاته ، عالم المعرفة ، عدد ١٨٠ ، الكويت.
- حقي ، ألفت (١٩٩٥) الاضطراب النفسي ، مركز الإسكندرية للكتاب .
- الرفاعي، نعيم (١٩٨٢) الصحة النفسية. منشورات جامعة دمشق .
- عبد الله ، محمد قاسم (٢٠٠٠) الشخصية ، استراتيجياتها وتطبيقاتها الإكلينيكية. دار المكتبي ، دمشق.
- عبد الله ، محمد قاسم (١٩٩٤) مآل اضطراب نقص الانتباه وعلاجه. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. العدد ٢٠ المجلد الخامس. ص ٧٠ ـ ٧٨ بيروت.
- عبد الله ، محمد قاسم (١٩٩٥) نظريات الاكتئاب المعرفية. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة. العدد ٢٤ ، المجلد السادس. ص ١٢٨ ـ ١٣٢ .
- عبد الله ، محمد (١٩٩٥) دراسة تحليلية للإعاقة في التعلم والاتجاهات الحديثة في تشخيصها وعلاجها. مجلة بحوث جامعة حلب. سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، العدد ٢٧. ص ١٦٧ ـ ١٩٥ .
- عبد الله ، محمد (١٩٩٧) الصحة النفسية. منشورات جامعة حلب .

- عطية ، نعيم (١٩٨٥) الذكاء وإعاقات التعلم. إدارة البحوث التربوية ، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. تونس .
- السيد ، فؤاد البهي (١٩٧٥) الأسس النفسية للنمو ، من الطفولة إلى الشيخوخة. دار الفكر العربي. مصر.
- طحان ، ناظم (١٩٩٦) نمو الطفل. (ترجمة) ، منشورات وزارة الثقافة. دمشق.

المراجع الإنكليزية

Abelson , H. , Fishburne and Cisin (1977) . National survey on drug abuse , Washington , Government Printing Office.

American Psychological Association (1987) Diagnostic and statistical manual disorders . Washington DC , Author.

American Psychological Association (1994) Diagnostic and statistical manual disorders . Washington , Author .

Adams , P. (1973) . Obsessive children . New York , Brunner-Mazel

Azrin N. and Foxx (1974) . Toilet training in less than a day. new York : Simon and Schuster .

Bandura A. (1973) . Aggression : social learning approach, Englewood Cliffs ; Prentice - Hall

Baxter , J. Martial J. and Hallwell R. (1979) . Human growth hormone , Complementary DNA cloning and expression in bacteria . Science ,205 , p602 .

Bell R. and Waldrop M. (1982). Temperament and minor physical anomalies . London ; Pitman Books - Ltd .

Broadhurts D. Edmunds and Macdicken (1979) Early childhood program and prevention and teatment of child abuse and neglect , Washington DC , National Centro on child abuse.

Broman S. Nichols and Kennedy (1975) preschool IQ , In handbook of evaluation research vol2 Erbaum .

Brumback R, and Jackway (1980) relation of intelligence to childhood depression in children refrred to an educational diagnostic center . perceptual and motor skills50,11،-17.

Bryan t. (1975) Understanding of learning disabilities , New York , alfred publishing .Buchsbaum M. and Haier R. (1982) Psychopathology . Annual review of psychology34,401 -430.

Cameron J. (1977) Parental treatment , children temperament and risk of childhood behavior problems , American journal of Orthopsychiatry48 ,140 -147 .

Carlson G. and cantwel D. (1982) A survey of depressive symptoms , journal of child psychology and psychiatry21, 361-368.

Casper R. eckert E. Halmi K. and davis J. (1980) Bulimia . Archives of general psychiatry ,37 ,1030 -1035.

Clarizio H. and McCoy (1983) Behavior disorder in children , New York , crowell .

Clowes- Hollins , and king (1982) Parents and siblings as behavior modifiers in the control of a common developmental problems , Journal of Clinical Child psychology ,11 ,231 -233 .

Cotman C. and Nieto M. (1982 0 Brain function , Annual review of psychology ,33,371 -402.

Cytun L. mcknew D. and Bunny (1980) Diagnosis of depression in children . American Journal of Psychiatry ,137,22 -25 .

Davids O. Hoffman S. Sverd J. and Voeller (1976 0 Lead and hyperactivity, A pilot study , American journal of Psychiatry ,133 ,1155 -1158.

Emmelkamp P. (1982) phobic and obsessive compulsive disorders . new York. Plenum . Ferster C. (1961) positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children , Child development32 ,437 - 456.

Forehand R. and Mcmahon (1981) Helping the noncompliance child , new York , Guilford.

Freeman B. and Ritvo E. Schroth P (1984 0 Behavioral assessment of the syndrome of autism , Journal óof yhe American Academy of child Psychiatry ,23 ,588 -594.

Gillberg C. and Schaumann H (1982) social class and infantile autism . Journal of autism and developmental Disorders,12,223 -228.

Hartmann E, (1980) Sleep disorders . Comprehensive textbook of psychiatry, Baltimore.

Hauser S. Delong J. and Roseman (1975) Pneumographic findings in the infantile autism syndrome , Brain ,98,667 -668

Herjanic B, Brown F, and Wheatt (1975) Are children reliable reporters . Journal of Abnormal Child Psychology,3 41 -48.

Hetherington e, and Marin B (1972 0 Family interaction , psychopathological Disorders of Childhood . New York , Wiley.

Hodgers K , Kline J. and stern L (1982 0 the development of child assessment interview for research and clinical abuse , Journal of abnormal child Psychology ,10 173 -189 .

Jackson H. and King N. (1981) the emotive imagery treatment of child truma induced phobia . Journal of Behavior Therapy12 ,325 -328.

Judd L, (1965) Obsessive- compulsive neurosis in children , Archives of General Psychiatry ,12 ,136 -143.

Kellerman J, (1981) Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsession in twelve-year- old boy. International Journal of clinical and experimental Hypnosis,29 ,128 -135.

Klieman C, and Jones M. (1980) the behavior assessment battery for use with the profoundly retarded , Advances in mental handicap research , New York , Wiley .

Kopppitz E. (1975) The bender Gestult test for Young children, New York , Grune and Strattom .

Lachar D, and Godwski C, (1979) Actuarial assessment of child and adolescent personality , Los Angeles.

Lapouse R, and Monk M (1964) Behavior deviations in representative sample of children , American Journal of Orthopsychiatry ,34 ,436 - 446.

Leon G, Kendall P , and Garber J (1980) Depression in children , Journal of Abnormal Child Psychology ,8 ,221 -238.

Lumsden C, and Wilson E, (1983) Promethean fire , Cambridge , MA . Harvard university Press .

Macfarlane J , Allen L . and Honzik M (1954) A developmental study of the behavior problems of normal children , Beckley and Loss Angeles. university of California Press .

Maloney M (1980) Diagnostic hysterical conversion reaction in children , the Journal of Pediatrics97,1016 -1020.

Minuchin S. and Rosman (1978) Psychosomatic Families , Cambridge ; Harvard University Press .

Nihira K, Foster R, Shellhas M, and Leland H, (1974) AAMD , adaptive behavior scale , Washington , American Association on Mental Deficiency .

Prior M , (1979) Cognitive abilities and disabilities in infantile autism , Journal of Abnormal child Psychology ,7 ,357 -380.

Ritvo E, (1983) the syndrome of autism , Integrative Psychiatry1 , 103-109 .

Ross A, and Pelham W, (1981) Child psychopathology , Annual Review of Psychology32 ,243 -278 .

Rutter M, (1972) Childhood schizophrenia , Journal of Autism and Childhood Schizophrenia ,2 ,315 -537 .

Sarbin T, and Mancuso J (1980) Schizophrenia , Medical diagnosis or Moral Verdict , New York , Pergamon .

Schwartz S. and Johnson J (1985) Psychopathology of childhood , Pergamon General psychology Series , New York , pergamon Press

Semel E, and Wiig E. (1980) clinical evaluation of language function, Columbus OH, Charles Merrill.

Sluckin W, Herbert M , and Sluckin A.(1983) Maternal bonding , Oxford Basil Blackwell .

Sparrow S.Balla D. and Chicchetti D. (1989) Vineland Adaptive Behavior Scales , Manual , American Guidance Services .

Thomas , A. and Chess S. (1984) Genesis and evaluation of behavioral disorders, American Journal of Psychiatry 141,1 -9.

Tuma J. and Pratt J (1982) Clinical child psychology practices and training , a survey , Journal of Child Clinical Psychology ,11,27 -34.

Ullmann L, and Krasner L (1975) A psychological approach to abnormal behavior , Prentice - Hall.

Vaillant G, and Vaillant C, (1981) Natural history of male psychological health , American Journal of Psychiatry 138, 1433 -1440 .

Vitello, S.and Soskin M (1985) Mental retardation, Englewood cliffs . Prentice- Hall .

Williams C. (1959) The elimination of tantrum behavior by extinction procedure . Journal of Abnormal and Social psychology,59 ,269.

Zajonc R. and Bargh j (1980) Birth order, family size , and the decline of SAT scores, American Psychologist35 .662 -668.